

13 avril 2022

Réponse rapide

COVID-19 et effets de l'isolement chez les aînés qui résident dans un milieu d'hébergement

Une production de l'Institut
national d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Cette réponse rapide a été préparée par les professionnels scientifiques de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration. Suivant l'évolution de la situation, les conclusions de cette réponse rapide pourraient être appelées à changer.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-91266-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et effets de l'isolement chez les aînés qui résident dans un milieu d'hébergement. Québec, Qc : INESSS; 2022. 37 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

COVID-19 ET EFFETS DE L'ISOLEMENT CHEZ LES AÎNÉS QUI RÉSIDENT DANS UN MILIEU D'HÉBERGEMENT

CONTEXTE

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la crise sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. L'objectif est de réaliser une recension sommaire des données publiées afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées ni sur une évaluation de la qualité méthodologique des études avec une méthode systématique. Dans les circonstances d'une telle crise de santé publique, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.

CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [13 AVRIL 2022]

En se basant sur la documentation scientifique disponible et de ses incertitudes, et tenant compte de l'adaptation de la démarche habituelle, l'INESSS émet les constats suivants :

- Les études retenues rapportent une détérioration de la santé psychologique, cognitive et physique des aînés qui résident en milieux d'hébergement pendant la période d'isolement mise en place en contexte d'éclosion d'une infection. Toutefois, les devis des études ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie.
- Les effets de l'isolement peuvent varier en fonction de certaines caractéristiques individuelles, dont la présence ou non de troubles neurocognitifs chez les aînés.
- La santé psychologique est la dimension de la santé la plus examinée dans la littérature scientifique. Les effets de l'isolement les plus documentés à cet égard sont l'apparition ou l'aggravation :
 - de symptômes dépressifs;
 - de la solitude;
 - de l'anxiété ou du stress;
 - de la tristesse ou du désespoir;
 - de la colère;
 - de l'apathie.

- D'autres effets de l'isolement des aînés en milieu d'hébergement, tels que ceux sur la santé cognitive ou physique des résidents, ont aussi été documentés, notamment :
 - l'augmentation des symptômes comportementaux associés à la démence;
 - la malnutrition et la perte d'appétit;
 - la perte de poids;
 - la diminution des habiletés fonctionnelles;
 - la diminution de la qualité de vie.
- L'accumulation des périodes d'isolement vécues par les aînés qui résident en milieu d'hébergement au cours des deux dernières années pourrait accentuer les effets néfastes sur la santé qui ont été documentés. Cette hypothèse devra toutefois être examinée ultérieurement, lorsque des données seront disponibles.
- La prise de décision quant aux mesures de prévention et de contrôle des infections requiert une lecture attentive de différents enjeux, dont ceux de nature clinique et éthique, sous-jacents aux diverses options envisagées sur la santé individuelle et collective des résidents.

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Partout dans le monde, différentes directives ont été émises par les instances gouvernementales afin de limiter la propagation du virus responsable de la COVID-19 auprès des aînés qui résident dans un milieu d'hébergement. Parmi les mesures de prévention et de contrôle des infections déployées lors des différentes vagues pandémiques, l'accès des visiteurs et des proches a été restreint ou interdit, de même que les contacts sociaux entre les résidents eux-mêmes. À différents moments de la pandémie, toutes les activités de groupe permettant aux résidents de socialiser, dont la prise des repas dans une salle commune, ont été suspendues. Les résidents ont également dû s'isoler dans leur chambre, s'ils avaient été en contact avec un cas déclaré de COVID-19 ou s'ils étaient eux-mêmes infectés.

Avant la pandémie, les aînés résidant dans des milieux d'hébergement étaient déjà reconnus comme une population vulnérable, notamment en raison de la fragilité de leur état de santé et de leur exclusion sociale. La crise pandémique, qui perdure depuis presque deux ans au Québec, a accentué ce phénomène. Bien que les mesures sanitaires mises en place dans les milieux d'hébergement aient permis de réduire les risques de propagation du virus auprès des résidents, plusieurs parties prenantes se questionnent quant aux effets de cet isolement sur l'ensemble des dimensions de la santé des aînés.

Récemment, une étude américaine financée par le National Institute of Health a mis en lumière que les centres d'hébergement pour aînés ayant appliqué avec le plus de rigueur les mesures sanitaires relatives à la gestion de la pandémie de la COVID-19 ont certes

réussi à limiter la mortalité due à l'éclosion de l'infection, mais leurs résidents ont été plus nombreux à décéder pour d'autres raisons, possiblement liées à l'isolement et à la solitude [1].

Or, l'impact de la période d'isolement sans précédent vécue par les aînés en milieu d'hébergement dans le contexte de la pandémie de COVID-19 demeure peu documenté. C'est dans ce contexte que la Direction générale des aînés et des proches aidants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a sollicité l'INESSS en janvier 2022 afin de répondre à la question d'évaluation suivante :

En contexte d'éclosion d'une infection, quels sont les effets (p. ex. : sur la santé psychologique, cognitive, physique) de l'isolement chez les aînés qui résident en milieux d'hébergement?

MÉTHODOLOGIE

Revue rapide de la littérature

Repérage des publications

Un repérage préliminaire de la littérature a été effectué par les professionnelles impliquées dans le projet à la mi-janvier 2022. La recherche documentaire a été réalisée par une conseillère en information scientifique dans les bases de données Medline, PsycINFO, CINAHL et EBM Reviews sur la période s'étalant du 1^{er} janvier 2000 au 25 janvier 2022. La stratégie documentaire visait à repérer les documents en lien avec 1) le coronavirus et d'autres types d'éclosions, 2) l'isolement, 3) les milieux d'hébergement et 4) les populations aînées.

Les publications recherchées devaient être en anglais ou en français. La stratégie complète de repérage des publications dans les bases de données bibliographiques est disponible à l'[annexe A](#). Les références bibliographiques des publications retenues ont été consultées pour y repérer d'autres documents répondant à la question d'intérêt (méthode « boule de neige »).

Sélection des publications

La sélection des publications sur la base du titre et du résumé a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. La sélection à partir de la lecture complète des publications identifiées a été réalisée par une professionnelle scientifique, puis révisée par une seconde. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'une troisième personne. Le diagramme de flux est présenté à l'[annexe B](#).

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés au [tableau 1](#). Les publications concernant les aînés qui résident à domicile ont été exclues de la présente synthèse, tout comme celles qui ne décrivent pas la méthodologie de l'étude présentée. Les résultats portant sur le taux de mortalité n'ont pas été considérés, l'objet d'étude de la présente revue rapide étant de documenter les effets de l'isolement qui précèdent la mortalité.

Les études primaires citées dans les deux revues de littérature incluses ont fait l'objet d'une vérification systématique afin d'en retirer les articles déjà identifiés, avant de débiter l'extraction des données. Certaines revues de littérature présentant exclusivement des études primaires déjà incluses lors de la sélection n'ont pas été considérées.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	• Aînés, peu importe leur condition médicale	• Personnes de moins de 60 ans
Intervention	• Isolement lié à l'éclosion d'une infection	• N/A
Comparateur	• N/A	• N/A
Contexte (setting)	• Milieu d'hébergement (et de soins) de longue durée pour aînés (p. ex. : CHSLD, résidences privées pour aînés (RPA), et maisons des aînés ou leur équivalent dans d'autres pays/provinces)	• Milieu qui n'est pas le milieu de vie de l'aîné (p. ex. : centre hospitalier, centre de réadaptation, unités hospitalières de soins palliatifs, autre milieu de soins de courte durée,) • Milieu d'hébergement qui n'est pas en contexte d'éclosion d'une infection • Aînés qui résident à domicile
Type de publication/devis d'étude	• Publications scientifiques indexées dans les banques de données qui incluent une description explicite de la méthodologie (p. ex. : revue systématique, revue rapide, revue de portée, étude primaire qualitative/quantitative/mixte)	• Publications qui ne présentent pas une description explicite de la méthodologie (p. ex. : opinion d'experts, lignes directrices, éditorial, histoire de cas, conférence, rapports)
Résultats (outcomes)	• Tout résultat (<i>outcome</i>) de santé (p. ex.: psychologique, cognitive, physique) du résident	• Taux de mortalité, taux d'infection • Solutions pour contrer les effets négatifs de l'isolement • Effets du relâchement des mesures d'isolement
Pays	• Aucune limite	• Aucune limite
Année de publication	• 2000 ou plus récent	• 1999 ou moins récent

Extraction des données scientifiques

L'extraction des données présentées dans les publications retenues a été réalisée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à l'aide d'une grille d'extraction standardisée. Les informations extraites concernent les caractéristiques des publications retenues (p. ex. : pays, devis, échantillon, type d'éclosion, modalités d'isolement) et leurs résultats détaillant les effets de l'isolement sur les différentes dimensions de la santé. Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative.

Évaluation de la qualité méthodologique des études

La qualité méthodologique des documents n'a pas été évaluée.

Analyse des données et synthèse

Des analyses descriptives et thématiques ont été faites respectivement pour les données quantitatives et les données qualitatives. Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative.

Validation et assurance qualité

Une validation du contenu du document a été effectuée par la coordination scientifique et la direction responsable de sa production. Une validation de la cohérence avec le gabarit de réponse rapide et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée par le Bureau – Méthodologies et éthique de l'INESSS. Le document n'a pas fait l'objet d'une lecture externe.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Caractéristiques des publications retenues

La stratégie documentaire a permis de construire une banque maîtresse totalisant 3 503 références. Trente publications en lien avec la question d'intérêt ont été sélectionnées et extraites dans le cadre de cette revue rapide. Leurs caractéristiques sont résumées au [tableau 2](#).

Les constats qui suivent décrivent les publications retenues :

- Treize études ont recueilli des données de nature qualitative, par le biais d'entrevues ou de groupes de discussion; onze études ont collecté des données de nature quantitative; quatre études ont utilisé un devis mixte et deux publications détaillent une revue rapide de la littérature.
- À l'exception d'une publication qui porte sur l'éclosion du SRAS survenue en 2003, les études retenues détaillent les effets de l'isolement en contexte d'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère lié au coronavirus (SRAS-CoV-2) responsable de la COVID-19 (29/30).
- Les études primaires considérées ont été réalisées dans différents pays, dont les Pays-Bas (5), le Canada (4), les États-Unis (3), l'Irlande (2), l'Israël (2), l'Australie (1), la Serbie (1), la France (1), l'Allemagne (1), le Royaume-Uni (1), la Pologne (1), la Suisse (1), la Belgique (1), la Suède (1), la Finlande (1), l'Espagne (1) et Hong-Kong (1).
- Parmi les 30 études retenues, des effets de l'isolement sur la santé ont été rapportés par : les aînés, avec ou sans démence, qui résident dans un milieu d'hébergement ou de soins de longue durée (15 études), les proches des résidents (dix études) et les employés œuvrant dans un milieu d'hébergement (huit études).

- Les modalités d'isolement décrites dans les publications retenues sont généralement peu détaillées, mais semblent s'apparenter à la variété de mesures d'isolement mises en place dans les établissements québécois en fonction de l'évolution de la pandémie. Ces mesures peuvent prendre diverses formes telles qu'un isolement complet des résidents (p. ex. : interdiction de toutes visites de l'externe, interdiction de sorties ou d'activités de groupe, incluant la prise des repas) ou d'autres modalités de restriction de contacts sociaux (p. ex. : nombre de visiteurs réduit, contacts sociaux seulement permis à l'extérieur du milieu ou dans des aires spécifiques, distanciation physique).
- Les mesures d'isolement s'appliquent généralement en plus d'autres mesures de protection et de contrôle des infections (p. ex. : port d'équipement de protection individuelle), ce qui peut influencer les effets rapportés dans les études.
- Les devis des études (p. ex. : transversaux, avant-après sans groupe de comparaison) ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie.

Les effets de l'isolement sur la santé psychologique, cognitive et physique des aînés résidant dans un milieu d'hébergement décrits dans cette revue rapide sont présentés dans les sections qui suivent. L'ordre dans lequel les effets de l'isolement sont présentés est établi en fonction du nombre d'études retenues examinant l'effet, et ce, pour chaque dimension de la santé.

Tableau 2 Caractéristiques des publications retenues

	Pays	Devis	Type d'éclosion	Échantillon			Modalités d'isolement
				Aînés (n)	Proches des résidents (n)	Employés d'un milieu d'hébergement (n)	
Avidor et Ayalon, 2022 [2]	Israël	Qualitatif	COVID-19		X (n=14)		• Sorties des résidents interdites • Visites interdites • Visites permises sous strictes conditions
Ayalon et Avidor, 2021 [3]	Israël	Qualitatif	COVID-19	X (n=24)			• Sorties des résidents interdites • Visites interdites
Brydon <i>et al.</i> (2022) [4]	Australie	Mixte	COVID-19			X (n=288)	• Sorties des résidents interdites • Visites interdites • Réduction du temps de visite • Réduction du nombre de visiteurs permis • Annulation des activités de groupe
Egeljic-Mihailovic <i>et al.</i> (2021) [5]	Serbie	Quantitatif	COVID-19	X (n=299)			• Restrictions des sorties • Restrictions des visites
El Haj <i>et al.</i> (2020) [6]	France	Quantitatif	COVID-19	X (n=58)			• Visites interdites • Contacts physiques entre résidents interdits • Réduction des activités non essentielles et des activités de groupe (p. ex. : repas dans une salle commune) • Isolement à la chambre (dans certains cas)
Ferdous (2021) [7]	Plusieurs	Revue rapide	COVID-19	29 études			• Diversité de modalités (auto-isolement, distanciation sociale, interdiction des visites, etc.)
Frahsa <i>et al.</i> (2020) [8]	Allemagne	Mixte	COVID-19		X (quan.: n=24)	X (qual.: n=12) (quan.: n=24)	Phase 1 • Visites interdites, à l'exception des situations d'urgence • Suspension des services offerts par l'externe (bénévoles, thérapeute physique, entraîneur, etc.) • Annulation des activités de groupe Phase 2 • Sorties des résidents interdites • Activités de groupe interdites • Marche extérieure avec des membres du personnel Phase 3 • Levée partielle des restrictions (visites permises dans certains lieux avec le respect des mesures sanitaires)
Freidus <i>et al.</i> (2021) [9]	États-Unis	Qualitatif	COVID-19			X (n=76)	• Visites interdites • Isolement à la chambre • Activités de groupe interdites
Giebel <i>et al.</i> (2021) [10]	Royaume-Uni	Qualitatif	COVID-19		X (n=26)	X (n=16)	• Visites interdites • Restrictions variables selon les établissements
Gorski <i>et al.</i> (2021) [11]	Pologne	Quantitatif	COVID-19	X (n=273)			• Restrictions ou interdictions des visites • Restrictions des contacts entre les résidents

	Pays	Devis	Type d'éclosion	Échantillon			Modalités d'isolement
				Aînés (n)	Proches des résidents (n)	Employés d'un milieu d'hébergement (n)	
							• Restrictions des contacts entre les soignants et les résidents • Activités de groupe interdites (incluant les repas)
Hindmarch <i>et al.</i> (2021) [12]	Canada (Alberta)	Mixte	COVID-19		X (quan.: n=70) (qual.: n=7)		• Visites interdites • Sorties interdites
Huber et Seifert (2022) [13]	Suisse	Quantitatif	COVID-19	X (n=828)			• Visites interdites • Sorties interdites
Ickert <i>et al.</i> (2021) [14]	Canada (Alberta)	Qualitatif	COVID-19	X (n=14)	X (n=18)		• Visites interdites • Nombre de visiteurs réduit • Activités suspendues • Repas individuel
Kaelen <i>et al.</i> (2021) [15]	Belgique	Qualitatif	COVID-19	X (n=56)		X (n=44)	• Visites interdites • Contacts entre les résidents selon des « bulles »
Leontjevas <i>et al.</i> (2021) [16]	Pays-Bas	Mixte	COVID-19			X (quan.: n=323) (qual.: n=16)	• Visites interdites • Restrictions des sorties • Suspensions d'activités
Levere <i>et al.</i> (2021) [17]	États-Unis	Quantitatif	COVID-19	X (n=29 097)			Mesures strictes : • Restrictions du nombre de visiteurs • Restrictions de mouvement des résidents • Interactions sociales limitées Assouplissements des mesures : • Levée partielle des restrictions (visites permises à l'extérieur)
Lood, Q. <i>et al.</i> , 2021 [18]	Suède	Qualitatif	COVID-19	X (n=10)			• Restrictions des visites (seulement des visites extérieures, maximum de deux visiteurs) • Activités suspendues (repas, activités sociales) • Distanciation physique
McArthur <i>et al.</i> (2021) [19]	Canada (Nouveau-Brunswick)	Quantitatif	COVID-19	X (n=765)			• Restrictions des visites • Activités de groupe suspendues • Visites extérieures seulement
McCleary <i>et al.</i> (2005) [20]	Canada (Ontario)	Qualitatif	SRAS		X (n=9)		• Visites interdites durant 15 jours • Visites permises avec restrictions (1 visiteur à la fois)
Mitchell <i>et al.</i> (2021) [21]	États-Unis	Qualitatif	COVID-19		X (n=125)		• Non décrites
Murphy <i>et al.</i> (2022) [22]	Irlande	Qualitatif	COVID-19	X (n=10)			• Non décrites
O'Caoimh <i>et al.</i> (2020) [23]	Irlande	Quantitatif	COVID-19		X (n=225)		• Restrictions des visites
Paananen <i>et al.</i> (2021) [24]	Finlande	Qualitatif	COVID-19		X (n=41)		• Visites interdites (proches, employés ne faisant pas partie de l'équipe régulière) • Visites extérieures

	Pays	Devis	Type d'éclosion	Échantillon			Modalités d'isolement
				Aînés (n)	Proches des résidents (n)	Employés d'un milieu d'hébergement (n)	
Pérez-Rodriguez <i>et al.</i> (2021) [25]	Espagne	Quantitatif	COVID-19	X (n=435)			• Non décrites
Shum <i>et al.</i> (2020) [26]	Hong-Kong	Quantitatif	COVID-19	X (n=24)			• Restrictions des visites
Simonetti <i>et al.</i> (2020) [27]	Plusieurs	Revue rapide	COVID-19	20 études			• Non décrites
Sizoo <i>et al.</i> (2020) [28]	Pays-Bas	Qualitatif	COVID-19			X (n=76)	• Restrictions des visites
Smaling <i>et al.</i> (2022) [29]	Pays-Bas	Qualitatif	COVID-19		X (n=20)	X (n=20)	• Visites interdites • Sorties interdites • Activités de groupe suspendues
Van der Roest <i>et al.</i> (2020) [30]	Pays-Bas	Quantitatif	COVID-19	X (n=193)			• Visites interdites • Activités de groupes suspendues
Wammes <i>et al.</i> (2020) [31]	Pays-Bas	Quantitatif	COVID-19	X (n=1997)			• Visites interdites • Nombre limité de visiteurs

*Quan.: résultats quantitatifs; qual. : résultats qualitatifs.

1 EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES RÉSIDENTS

La santé psychologique est la dimension de la santé la plus examinée dans les études s'intéressant aux effets de l'isolement chez les aînés résidant en milieux d'hébergement, avec au total 26 études qui abordent cet aspect (10 études quantitatives, 11 études qualitatives, 3 études à devis mixte et 2 revues rapides) (voir [tableau 3](#)).

Tableau 3 Effets de l'isolement sur la santé psychologique des résidents

	Symptômes dépressifs	Solitude	Anxiété/ stress	Tristesse / Désespoir	Colère	Apathie	Idées suicidaires / perte du goût de vivre	Peur	Manifestations psychotiques	Confusion / Incompréhension	Sentiment de deuil	Détérioration globale de la santé psychologique
Avidor et Ayalon (2022) [2]										↗		
Ayalon et Avidor (2021) [3]	↗		↗	↗	↗							
Brydon <i>et al.</i> (2022) [4]	↗	↗	↗	↕		↗	↗	↗		↗	↗	↗
Egeljic-Mihailovic <i>et al.</i> (2021) [5]	↗											
El Haj <i>et al.</i> (2020) [6]	↗		↗									
Ferdous (2021) [7]		↕	↗									
Frahsa <i>et al.</i> (2020) [8]	↗											
Giebel <i>et al.</i> (2021) [10]												↗
Gorski <i>et al.</i> (2021) [11]	↗											
Huber et Seifert (2022) [13]		↗										
Ickert <i>et al.</i> (2021) [14]		↗	↗	↗	↗			↗			↗	
Kaelen <i>et al.</i> (2021) [15]	↗			↗	↗	↗	↗					
Leontjevas <i>et al.</i> (2021) [16]	↗	↗	↗			↗	↗		↗			
Levere <i>et al.</i> (2021) [17]	↗											
McArthur <i>et al.</i> , 2021[19]	—								↕			
McCleary <i>et al.</i> (2005) [20]										↗		
Mitchell <i>et al.</i> (2021) [21]	↗	↗			↗							
Murphy <i>et al.</i> (2022) [22]		↗	—	↗								
O'Caoimh <i>et al.</i> (2020) [23]				↗								
Paananen <i>et al.</i> (2021) [24]	↗	↗	↗	↗				↗	↗	↗	↗	
Pérez-Rodriguez <i>et al.</i> (2021) [25]	↗											
Simonetti <i>et al.</i> (2020) [27]	↗		↗	↗		↗	↗		↕			
Sizoo <i>et al.</i> (2020) [28]	↗	↗										
Smaling <i>et al.</i> (2022) [29]		↗			↗							
Van der Roest <i>et al.</i> (2020) [30]	↗	↗	↗	↗	—	—		—				
Wammes <i>et al.</i> (2020) [31]	↗	↗		↗								
Légende : ↗ : Apparition ou aggravation (réelle ou perçue) ↘ : Disparition ou diminution (réelle ou perçue) ↕ : Effets divergents — : Aucun effet (aucun changement noté)												

Symptômes dépressifs

Au total, 17 publications examinent les effets de l'isolement sur les symptômes dépressifs chez les aînés résidant dans un milieu d'hébergement. À l'exception de l'étude de McArthur et ses collaborateurs [19], toutes ces études indiquent que les mesures d'isolement appliquées dans les milieux d'hébergement ont contribué à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes dépressifs chez plusieurs résidents, dont ceux atteints de démence¹.

Par exemple, l'étude de Levere et ses collaborateurs [17] montre que la prévalence de résidents qui présentent des symptômes dépressifs a augmenté de façon statistiquement significative, passant de 45% avant la pandémie à 51% au printemps 2020, alors que les visites des proches étaient strictement interdites. Ces auteurs constatent également que lorsque les restrictions concernant les visites des proches ont été allégées, le pourcentage de résidents présentant des symptômes dépressifs a diminué. Pour leur part, Gorski et ses collaborateurs [11] constatent qu'au tout début de la pandémie de la COVID-19, aucun résident n'était à haut risque de dépression, selon le score obtenu au Depressive Symptom Inventory, et 14,3% des résidents présentaient un risque modéré; en décembre 2020, ce sont plutôt 2,6% des résidents qui présentaient un haut risque de dépression et 45,4%, un risque modéré. Les auteurs notent toutefois que les résidents qui ne présentent pas de troubles cognitifs² sévères sont plus à risque de dépression que ceux qui en présentent.

De façon similaire, des études qualitatives menées auprès de résidents de milieux d'hébergement montrent que les mesures d'isolement sont perçues par ces derniers comme ayant entraîné une hausse de leurs symptômes dépressifs [3, 15]. Les résidents consultés expliquent notamment que l'effet des mesures d'isolement sur l'apparition de symptômes dépressifs s'est fait ressentir au fil du temps, ce qui met en lumière l'importance de considérer la durée de la période d'isolement lors de l'évaluation des conséquences de celle-ci sur la santé psychologique des résidents [15]. Selon les résidents consultés par Ayalon et Avidor [3], le phénomène de dépression a été exacerbé lorsque les mesures d'isolement décrétées par le gouvernement ont été relâchées pour la population vivant dans la communauté alors qu'elles ont été maintenues dans les milieux d'hébergement.

L'effet des mesures d'isolement sur l'apparition de signes de dépression chez les résidents est également rapporté par les proches des résidents [8, 21, 24, 31] ou par les membres de l'équipe de soins travaillant dans les milieux d'hébergement [4, 8, 16, 28, 30]. Par exemple, les professionnels consultés par Brydon et ses collaborateurs [4] estiment que les mesures d'isolement déployées en raison de la pandémie ont entraîné des signes dépressifs chez un peu plus du quart des résidents sous leur responsabilité.

Seule l'étude de MacArthur et ses collaborateurs [19], menée auprès de 765 résidents de milieux d'hébergement, conclut que les mesures strictes d'isolement appliquées dans ces milieux n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur le taux de dépression chez

¹ Les termes utilisés dans les études retenues sont ceux présentés dans le cadre de la réponse rapide.

² Les termes utilisés dans les études retenues sont ceux présentés dans le cadre de la réponse rapide.

les résidents. Les auteurs notent toutefois que les résidents étaient plus susceptibles d'éprouver des symptômes dépressifs s'ils étaient des femmes, avaient des difficultés de mobilité prononcées, avaient un profil de santé instable, présentaient des troubles cognitifs ou des problèmes comportementaux. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démence étaient, quant à eux, moins susceptibles d'éprouver des symptômes dépressifs.

Solitude

Au total, 12 publications abordent les effets de l'isolement sur la solitude ressentie par les résidents. À l'exception de Ferdous et ses collaborateurs [7], toutes les études indiquent que les mesures d'isolement mises en place dans les milieux d'hébergement pour aînés contribuent à l'apparition ou l'aggravation de la solitude chez les résidents. Ceci est à la fois rapporté du point de vue de résidents [14, 22], des proches de ceux-ci [21, 24, 29, 31] ainsi que des employés de milieux d'hébergement [4, 16, 28, 29].

À titre d'exemple, Huber et Seifert [13] notent que près du quart des résidents isolés ressentaient de la solitude, et qu'en moyenne, les résidents rapportaient un plus haut niveau de solitude pendant la pandémie qu'avant celle-ci. Les résidents ayant les caractéristiques suivantes étaient significativement plus susceptibles de ressentir de la solitude : être une femme, témoigner d'un niveau plus faible de satisfaction face à la vie et témoigner de l'insatisfaction quant à la façon dont leur établissement gérait les mesures. Dans le même sens, l'étude de Van der Roest et ses collaborateurs [30] montre que six à dix semaines après l'interdiction des visites, plus des trois quarts des résidents (77 %) rapportaient ressentir de la solitude.

Certains des résidents interrogés par Ickert et ses collaborateurs [14] notent cependant que, pour leurs confrères ou consœurs qui sont habitués de ne pas recevoir de visites, les mesures d'isolement ne semblent pas avoir eu d'impact négatif sur leur santé mentale. Les professionnels de l'équipe de soins consultés constatent également que les résidents qui ne présentent pas de troubles cognitifs sont plus susceptibles de ressentir de la solitude que les résidents présentant des troubles cognitifs [30].

Finalement, seul Ferdous [7] note, à la suite d'une revue rapide, des constats divergents quant à l'effet des mesures d'isolement appliquées dans les milieux d'hébergement sur la solitude ressentie par les résidents dans les premiers mois de la pandémie de la COVID-19, selon différentes caractéristiques des populations interrogées (p. ex. : niveau de préoccupation des résidents pour leur santé).

Anxiété et stress

Au total, 10 publications abordent les effets de l'isolement sur le niveau d'anxiété ou de stress chez les résidents. À l'exception de l'étude de Murphy et ses collaborateurs [22], toutes les études — qu'elles soient quantitatives, qualitatives ou à devis mixte — indiquent que les mesures d'isolement mises en place dans les milieux d'hébergement pour aînés contribuent à l'apparition ou l'aggravation de l'anxiété ou du stress chez les résidents.

À la suite d'une revue rapide de la littérature, Ferdous [7] constate que les mesures d'isolement déployées dans les milieux d'hébergement sont perçues par les résidents comme augmentant leur niveau de stress. Une autre revue rapide indique que la réduction abrupte des contacts sociaux accroît les risques d'anxiété chez les résidents atteints de démence [27].

À titre d'exemple, les deux tiers (66 %) des professionnels de l'équipe de soins interrogés dans l'étude de Leontjevas et ses collaborateurs [16] ont observé une augmentation de l'anxiété chez les résidents de leur établissement dans les 6 à 10 semaines suivant la mise en place des règles interdisant les visites. Dans le même ordre d'idées, les 288 employés de milieux d'hébergement interrogés par Brydon et ses collaborateurs [4] estiment, en moyenne, que les mesures d'isolement appliquées aux résidents ont entraîné de l'anxiété chez le tiers des résidents de leur établissement respectif. Une étude quantitative, menée auprès de 58 résidents de milieux d'hébergement atteints d'Alzheimer, montre aussi que les mesures d'isolement mises en place lors des premiers mois de la pandémie de la COVID-19 ont entraîné une hausse du niveau d'anxiété durant cette période, comparativement à la période précédant la pandémie [6].

Une hausse de l'anxiété et du stress est également soulignée dans les études qualitatives réalisées auprès de résidents de milieux d'hébergement [3, 15] et auprès de proches [14, 24]. Les résidents consultés par Kaelen et ses collaborateurs [15] expliquent que, bien que la plupart d'entre eux se soient montrés résilients et ont su demeurer positifs dans les premières semaines suivant la mise en œuvre des mesures d'isolement, ces mesures ont toutefois commencé à avoir un effet négatif marqué sur leur niveau de stress au fil du temps. Comme souligné précédemment, quelques études qualitatives mettent en lumière que lorsque les mesures d'isolement sont moins strictes pour la population vivant dans la communauté que celles déployées au sein des milieux d'hébergement, les résidents peuvent percevoir une injustice, ce qui peut exacerber les effets négatifs sur la santé mentale de ces derniers, en augmentant notamment leur niveau de stress ou d'anxiété [3, 14].

Tristesse ou désespoir

Au total, 10 publications examinent les effets de l'isolement sur la tristesse ou le désespoir chez les aînés résidant dans un milieu d'hébergement. À l'exception de l'étude de Brydon et ses collaborateurs [4], toutes ces études indiquent que les mesures d'isolement ont contribué à l'apparition ou à l'aggravation de l'une ou plusieurs de ces émotions chez les résidents.

Une revue rapide examinant les effets des mesures sanitaires sur les résidents atteints de démence suggère que l'isolement et la diminution drastique des contacts avec la famille peuvent entraîner du désespoir chez cette clientèle [27].

Des études qualitatives menées auprès de résidents de milieux d'hébergement montrent que les mesures d'isolement ont entraîné de la tristesse ou du désespoir chez bon nombre de résidents [3, 14, 15, 22]. La durée des mesures d'isolement [15] et les disparités en termes de sévérité des mesures appliquées à différents groupes de la

population [3] sont perçues par bon nombre de résidents comme contribuant à l'apparition de tristesse ou de désespoir chez eux.

Des observations similaires sont rapportées par les proches dans divers pays. Par exemple, de la moitié aux deux tiers des proches consultés [23, 31] perçoivent que les restrictions concernant les visites ont eu un effet négatif sur l'humeur des résidents ou ont entraîné de la tristesse chez ces derniers. Van der Roest et ses collaborateurs [30] constatent toutefois que, selon les membres de la famille, les résidents qui ne présentent pas de troubles cognitifs sont plus susceptibles de ressentir de la tristesse de 6 à 10 semaines suivant l'interdiction de visites que les résidents présentant des troubles cognitifs.

Toutefois, certains des résidents affirment que leur humeur n'a pas été affectée par les restrictions mises en place [22]. D'autres résidents auraient même vu leur humeur s'améliorer à la suite de la mise en œuvre des mesures sanitaires, selon la perception d'employés de milieux d'hébergement consultés [4]. Cependant, les effets positifs des mesures d'isolement sur l'humeur des résidents ne représenteraient pas un phénomène marginal.

Colère

Au total, six publications examinent les effets de l'isolement sur la colère présente chez les aînés hébergés. À l'exception de l'étude de Van der Roest et ses collaborateurs [30], toutes ces études indiquent que les mesures d'isolement appliquées aux résidents ont favorisé l'apparition de colère.

Des études qualitatives menées auprès de résidents de milieux d'hébergement montrent que les restrictions concernant les sorties extérieures et les visites des proches ont entraîné une colère chez bon nombre d'entre eux [3, 14, 15]. Plusieurs résidents interviewés par Kaelen et ses collaborateurs [15] expliquent qu'ils n'ont pas été consultés lors de l'élaboration des mesures sanitaires déployées dans leur milieu de vie, et que les responsables de l'établissement n'ont pas pris le temps de leur présenter les mesures. Ces résidents rapportent s'être sentis infantilisés par les décideurs, ce qui a conséquemment alimenté leur frustration. La colère ressentie par les résidents peut également être exacerbée par la perception d'injustice relative à la mise en place beaucoup plus stricte des mesures d'isolement dans leur milieu de vie comparativement à celles appliquées aux aînés vivant dans la communauté [3, 15].

Les proches de résidents [14, 21, 29] et les employés de milieux d'hébergement [29] rapportent eux aussi l'apparition de colère chez les résidents en raison de l'application des mesures d'isolement. Les proches et employés interviewés par Smaling et ses collaborateurs [29] observent toutefois que les résidents qui présentent un niveau léger ou modéré de démence sont plus susceptibles de ressentir de la colère, comparativement aux résidents atteints d'un niveau prononcé de démence.

Un sondage révèle toutefois que la plus grande proportion de proches de résidents (50 %) estime que l'interdiction des visites n'a eu aucun effet sur la colère de ces derniers [30].

Apathie

Quatre des cinq publications qui abordent les effets de l'isolement sur l'apathie chez les résidents indiquent que les restrictions mises en place dans les milieux d'hébergement contribuent à l'apparition ou l'aggravation de l'apathie chez les résidents. Selon les membres de l'équipe de soins interrogés par Leontjevas et ses collaborateurs [16], l'apparition de l'apathie a été particulièrement marquée chez les résidents présentant une démence de stade avancé.

Toutefois, un sondage révèle que, parmi les professionnels de la santé travaillant auprès des résidents, 53 % d'entre eux perçoivent cette mesure comme n'ayant eu aucun effet sur l'apathie, voire comme ayant favorisé la diminution de l'apathie chez les résidents (5 %) [30].

Idéations suicidaires et perte du goût de vivre

L'ensemble des études recensées sur ce sujet indiquent que les mesures d'isolement peuvent favoriser l'apparition ou l'aggravation des idéations suicidaires ou de la perte du goût de vivre chez les aînés.

Par exemple, une revue rapide suggère que l'isolement et la diminution drastique des contacts avec la famille augmentent les risques d'idéation suicidaire chez les résidents atteints de démence [27]. De plus, certains résidents consultés rapportent que les mesures d'isolement ont contribué à l'apparition de pensées suicidaires [15]. Des observations similaires ont été rapportées par des employés de milieux d'hébergement [4, 16], qui estiment qu'environ 10 % des résidents présentent des idéations suicidaires à la suite de l'interdiction des sorties extérieures et des visites des proches en raison de la pandémie.

Peur

Trois des quatre études ayant examiné les effets de l'isolement sur la peur ressentie par les résidents indiquent que les mesures d'isolement mises en place peuvent en favoriser l'apparition ou l'aggraver, selon la perception des résidents eux-mêmes [14, 22] et de proches [24].

Un sondage suggère toutefois que 53 % des proches considèrent que l'interdiction des visites dans les milieux d'hébergement n'a eu aucun effet sur la peur ressentie par les résidents. Une faible minorité (8 %) de proches perçoivent même cette mesure comme ayant entraîné une diminution de la peur chez ces derniers [30].

Manifestations psychotiques

Quatre publications ont examiné les effets de l'isolement sur les manifestations psychotiques chez les résidents, tels que les hallucinations, les délires et la difficulté à distinguer la réalité du rêve. La majorité d'entre elles suggèrent que l'isolement peut favoriser l'apparition ou l'aggravation de certaines manifestations psychotiques.

Des employés de milieux d'hébergement ont rapporté, dans une étude mixte, une augmentation des hallucinations et des délires chez les résidents lors de la période d'isolement [16]. L'émergence de manifestations psychotiques chez certains résidents a

également été constatée par des proches [24]. Bien que les participants de cette étude reconnaissent la possibilité que cette détérioration puisse relever d'autres facteurs que ceux relatifs à la pandémie, ceux-ci ont perçu un lien entre la progression marquée des manifestations psychotiques chez les aînés et les changements soudains apportés à leurs soins ainsi qu'aux activités et contacts sociaux interdits lors de l'isolement.

Toutefois, les analyses menées par McArthur et ses collaborateurs [19], dans le contexte des premiers mois de la pandémie de COVID-19, rapportent que les mesures d'isolement n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur l'apparition de délires. Enfin, Simonetti et ses collaborateurs [27] mettent en lumière le peu de données sur les manifestations psychotiques de cette population pendant la pandémie de la COVID-19.

Par ailleurs, face à l'augmentation des symptômes neuropsychiatriques de certains résidents en milieu d'hébergement durant les mesures d'isolement, les gériatres rapportent une augmentation de la prescription de médication antipsychotique [28]. Une augmentation du dosage de diverses médications (telles que les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur) est également rapportée dans la revue de Simonetti et ses collaborateurs [27]. À l'inverse, l'étude quantitative de Levere et ses collaborateurs [17] ne rapporte, pour sa part, aucun effet significatif de l'isolement sur l'usage de médications antipsychotiques ou anxiolytiques chez les résidents, dans le contexte des premiers mois de la pandémie de COVID-19.

Confusion ou incompréhension

Quatre publications examinent les effets de l'isolement sur la confusion ou l'incompréhension présente chez les aînés résidant dans un milieu d'hébergement. Celles-ci indiquent que les mesures d'isolement appliquées peuvent favoriser l'apparition ou l'aggravation de ces états chez les résidents.

Quelques études qualitatives ou mixtes menées auprès de proches [2, 20, 24] ou d'employés de milieux d'hébergement [4] indiquent que les restrictions strictes concernant les activités de groupe et les visites des proches peuvent entraîner de l'incompréhension chez plusieurs résidents, plus particulièrement ceux qui peuvent difficilement comprendre pourquoi leurs proches ne viennent plus les visiter. Plusieurs proches soulignent que, même lorsque les mesures sont assouplies et que les visites sont permises sous certaines conditions, d'autres mesures de prévention des infections — comme le port du masque, le maintien d'une distance sécuritaire — entraînent bien souvent de la confusion chez les résidents qui ont des problèmes cognitifs, d'ouïe ou de vision [2, 20].

Sentiment de deuil

Les 3 publications qui examinent les effets de l'isolement sur le sentiment de deuil chez les aînés résidant dans un milieu d'hébergement indiquent que les mesures sanitaires déployées peuvent contribuer au développement d'un sentiment de deuil chez certains résidents (p. ex. : idée de ne plus jamais pouvoir revoir leurs proches), selon la perception des proches [14, 24] ou celle d'employés de ces milieux d'hébergement [4].

Détérioration globale de la santé psychologique

Enfin, quelques études qualitatives ou mixtes examinant les perceptions des proches et du personnel soignant quant aux effets des mesures d'isolement mises en place rapportent une détérioration globale de la santé psychologique des résidents, sans toutefois préciser les sous-dimensions de la santé psychologique qui ont été affectées [4, 10].

EN BREF

La grande majorité des études retenues rapportent une détérioration de la santé psychologique des aînés qui résident en milieux d'hébergement pendant la période d'isolement, dont l'apparition ou l'aggravation :

- de symptômes dépressifs;
- de la solitude;
- de l'anxiété ou du stress;
- de la tristesse ou du désespoir;
- de la colère;
- de l'apathie.

Dans une plus faible mesure, d'autres effets de l'isolement sur la santé psychologique ont été documentés dont les idéations suicidaires ou la perte du goût de vivre, la peur, les manifestations psychotiques (p. ex. : délires, hallucinations), la confusion ou l'incompréhension, le sentiment de deuil ou une détérioration globale de la santé psychologique.

Toutefois, les devis des études ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie.

2 EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LA SANTÉ COGNITIVE DES RÉSIDENTS

Au total, 19 études abordent les effets de l'isolement sur la santé cognitive des aînés qui résident en milieu d'hébergement (9 études qualitatives, 6 études quantitatives, 3 études à devis mixte, 1 revue rapide) ([voir tableau 4](#)).

Tableau 4 Effets de l'isolement sur la santé cognitive des résidents

	Symptômes comportementaux liés à la démence	Détérioration globale de la santé cognitive	Atteinte des fonctions mnésiques	Évolution de la démence	Atteinte des fonctions visuospatiales	Atteinte des fonctions langagières
Frahsa <i>et al.</i> (2020) [8]	↗					
Freidus <i>et al.</i> (2021) [9]		↗				
Giebel <i>et al.</i> (2021) [10]	↗					
Gorski <i>et al.</i> (2021) [11]				↗		
Hindmarch <i>et al.</i> (2021) [12]	↗			↗		
Kaelen <i>et al.</i> (2021) [15]			↗			
Leontjevas <i>et al.</i> (2021) [16]	↕	↗				
Levere <i>et al.</i> (2021) [17]		↗				
McArthur <i>et al.</i> (2021) [19]	↗					
McCleary <i>et al.</i> (2005) [20]						↗
Mitchell <i>et al.</i> (2021) [21]		↗				
O'Caoimh <i>et al.</i> (2020) [23]			↗			
Paananen <i>et al.</i> (2021) [24]			↗		↗	
Pérez-Rodriguez <i>et al.</i> (2021) [25]		↗				
Simonetti <i>et al.</i> (2020) [27]	↗					
Sizoo <i>et al.</i> (2020) [28]	↗	↗				
Smaling <i>et al.</i> (2022) [29]	↗	↗				
Van der Roest <i>et al.</i> (2020) [30]	↗					
Wammes <i>et al.</i> (2020) [31]		↗				
Légende : ↗ : Apparition ou aggravation (réelle ou perçue) ↘ : Disparition ou diminution (réelle ou perçue) ↕ : Effets divergents — : Aucun effet (aucun changement noté)						

Symptômes comportementaux liés à la démence

Les neuf publications qui examinent les effets de l'isolement sur les symptômes comportementaux liés à la démence³ présentés par les aînés qui résident dans un milieu d'hébergement indiquent une augmentation de ces symptômes.

À partir des observations des proches et des employés œuvrant en milieu d'hébergement, des perturbations comportementales chez les résidents en contexte d'isolement, telles que de l'agitation et de l'agressivité, sont rapportées dans plusieurs études [10, 27-29]. La moitié des employés de milieux d'hébergement (50%) ont notamment rapporté une aggravation de la sévérité des problèmes comportementaux relatifs à l'agitation et à l'agressivité durant les premiers mois de la pandémie de COVID-19 [30]. Dans le même ordre d'idées, la moitié (51%) des proches questionnés dans l'étude d'Hindmarch et ses collaborateurs [12] ont rapporté, durant la pandémie, une augmentation des symptômes comportementaux liés à la démence chez les aînés qu'ils soutiennent. Par ailleurs, des auteurs ont rapporté différents effets de l'isolement sur les symptômes comportementaux liés à la démence (p. ex. : agitation, agression, désinhibition) des résidents selon le type d'unité des milieux d'hébergement. En effet, contrairement aux employés des autres unités de soins, ceux œuvrant dans les unités dites « fermées » n'ont pas rapporté de différence quant à l'occurrence de symptômes comportementaux liés à la démence entre les unités comportant des résidents atteints de la COVID-19 et ceux qui n'en avaient pas [16].

Toutefois, McArthur et ses collaborateurs [19] rapportent que les mesures d'isolement n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur les taux de problèmes comportementaux observés chez les résidents. Cependant, leurs données suggèrent que les résidents qui présentent des atteintes cognitives ou des démences, soit plus de la moitié des résidents faisant partie de l'étude, étaient plus susceptibles de manifester des perturbations d'ordre comportemental. Pour sa part, l'étude mixte de Leontjevas et ses collaborateurs [16] rapporte une diminution des symptômes comportementaux d'agitation, d'agression et d'errance pour la plupart auprès des résidents ayant une démence de stade avancé.

Détérioration globale de la santé cognitive

De manière générale, huit études rapportent une détérioration globale de la santé cognitive des aînés qui résident en milieu d'hébergement pendant la période d'isolement, sans fournir de précisions sur les fonctions atteintes [9, 16, 17, 21, 25, 28, 29, 31].

Par exemple, l'étude de Levere et ses collaborateurs [17] a documenté la détérioration globale du fonctionnement cognitif de résidents ayant différents profils (p. ex. : diagnostics de maladies cardiaques, métaboliques et psychiatriques) au début de la pandémie de COVID-19. Une augmentation statistiquement significative de 5 % du score

³ Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Selon la classification de Cohen-Mansfield, se regroupent sous le terme « symptômes comportementaux » les comportements physiques et verbaux, non agressifs (p. ex. : agitation, errance) et agressifs (p. ex. : frapper, pousser, insulter) 32. Arcand, M. and R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, (3e éd.). Acton Vale: Edisem, 2007.

moyen au Cognitive Function Scale, indiquant une diminution du fonctionnement cognitif a été observée entre la phase prépandémique et le début de la pandémie.

Atteinte des fonctions mnésiques

Trois études font état d'une diminution des fonctions mnésiques des aînés vivant en milieu d'hébergement lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Cet effet est observé par les résidents eux-mêmes [15] et par leurs proches [24], qui constatent une aggravation des troubles de mémoire diagnostiqués des résidents en contexte d'isolement, dont la progression soudaine des difficultés mnésiques.

La réduction de la mémoire lors de l'isolement est significativement plus présente chez les résidents ayant un trouble cognitif déclaré (54%) par rapport à ceux qui n'en avaient pas (43%), dans une étude ayant documenté l'impact des mesures d'isolement auprès des résidents à partir des perspectives de proches [23].

Évolution de la démence

Deux études se sont penchées sur l'évolution de la démence chez les aînés en contexte d'isolement. La comparaison des scores médians obtenus au *Mini-Mental State Examination* (MMSE) en mars et en décembre 2020 suggère un taux significativement plus élevé de démences de stade modéré et sévère chez les résidents en milieu d'hébergement [11]. Des proches de résidents ayant une démence ont, pour leur part, observé une progression de la maladie, dont un déclin cognitif [12].

Autres effets sur la santé cognitive

De façon plus marginale, d'autres effets de l'isolement sur la santé cognitive des aînés ont été rapportés par des proches, dont une détérioration de leurs fonctions visuospatiales (p. ex. : aggravation de leur niveau de désorientation) [24] et de leurs habiletés langagières [20].

EN BREF

La grande majorité des études retenues rapportent une détérioration de la santé cognitive des aînés qui résident en milieux d'hébergement pendant la période d'isolement, dont l'apparition ou l'aggravation :

- des symptômes comportementaux associés à la démence;
- d'une détérioration globale de la santé cognitive;
- d'une atteinte des fonctions mnésiques.

Dans une plus faible mesure, d'autres effets de l'isolement sur la santé cognitive ont été documentés, dont l'évolution de la démence ainsi qu'une atteinte des fonctions visuospatiales et langagières.

Toutefois, les devis des études ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie.

3 EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LA SANTÉ PHYSIQUE DES RÉSIDENTS

Au total, 18 études abordent les effets de l'isolement sur la santé physique des aînés qui résident en milieu d'hébergement (10 études qualitatives, 4 études quantitatives, 3 études à devis mixte, 1 revue rapide) (voir [tableau 5](#)).

Tableau 5 Effets de l'isolement sur la santé physique des résidents

	Détérioration globale de la santé physique	Perte d' appétit / malnutrition	Perte de poids	Détérioration du système musculaire	Perte de mobilité	Risque de chutes	Problèmes intestinaux et urinaires	Problèmes cutanés	Problèmes de sommeil	Autres effets sur la santé physique
Avidor et Ayalon (2022) [2]	↗									
Brydon <i>et al.</i> , 2022 [4]			↗			↗				
Frahsa <i>et al.</i> (2020) [8]	↗				↗	↗				↗
Freidus <i>et al.</i> (2021) [9]			↗							
Giebel <i>et al.</i> (2021) [10]	↗	↗								
Ickert <i>et al.</i> (2021) [14]	↘		↕							
Kaelen <i>et al.</i> (2021) [15]	↗	↗			↗					↗
Leontjevas <i>et al.</i> (2021) [16]	↗	↗							↕	
Levere <i>et al.</i> (2021) [17]			↗			—	↗	—		
Lood <i>et al.</i> (2021) [18]	↗									
McCleary <i>et al.</i> (2005) [20]			↗	↗			↗	↗		
Paananen <i>et al.</i> (2021) [24]	↗	↗			↗					
Pérez-Rodriguez <i>et al.</i> (2021) [25]		↗	↗	↗						
Shum, C.K. <i>et al.</i> (2020) [26]		↗								
Simonetti <i>et al.</i> (2020) [27]		↗							↗	
Sizoo <i>et al.</i> (2020) [28]	↗	↗								↗
Smaling <i>et al.</i> (2022) [29]	↗		↘	↗						
Van der Roest <i>et al.</i> , 2020 [30]		—								
Légende : ↗ : Apparition ou aggravation (réelle ou perçue) ↘ : Disparition ou diminution (réelle ou perçue) ↕ : Effets divergents — : Aucun effet (aucun changement noté)										

Détérioration globale de la santé physique

De façon générale, neuf des dix études abordant les effets de l'isolement sur la santé des aînés qui résident en milieu d'hébergement rapportent une détérioration globale de leur santé physique, sans toutefois préciser les sous-dimensions affectées [2, 8, 10, 15, 16, 18, 24, 28, 29]. Seule l'étude d'Ickert et ses collaborateurs [14] rapporte que certains

résidents n'ont perçu aucun effet sur leur santé physique ou même, ont perçu une amélioration de leur condition physique (p. ex. : réapprendre à se tenir debout en vue de marcher) durant la période d'isolement, liée au fait de devoir se prendre en main en l'absence de suivi professionnel (p. ex. : physiothérapeute).

Perte d'appétit et malnutrition

Huit des neuf études qui portent sur l'alimentation des résidents mentionnent des effets négatifs sur leur niveau d'appétit et la qualité de leur nutrition durant la période d'isolement. Une perte d'appétit est rapportée à la fois par les résidents [15], par les proches [10, 24] et par les employés de milieux d'hébergement [10, 16, 28, 30].

À la lumière d'une revue rapide de la littérature, Simonetti et ses collaborateurs [27] concluent que l'interruption des activités qui facilitent l'alimentation (p. ex. : partage du repas avec les autres résidents) peut entraîner une perte d'appétit chez les résidents. Deux études quantitatives ont documenté différents aspects de la perte d'appétit et de la malnutrition auprès des résidents en milieu d'hébergement au début de la pandémie de la COVID-19. L'étude de Perez-Rodriguez et ses collaborateurs [25] rapporte notamment une détérioration de la nutrition chez 93% des résidents ayant un statut nutritionnel considéré normal avant la pandémie. Dans le même ordre d'idées, des problèmes de déshydratation ont été identifiés auprès de la moitié des résidents (n=24) en milieu d'hébergement ayant une démence de stade avancé et des problèmes comportementaux liés à l'alimentation, une sonde d'alimentation ayant été nécessaire chez 42% d'entre eux [26]. Cette étude rapporte également qu'en 2020, à la suite de l'implantation des mesures d'isolement empêchant les patients d'être nourris par leurs proches, davantage de patients ont été admis en soins aigus liés à une mauvaise alimentation qu'en 2019, toute proportion gardée.

Pour sa part, l'étude transversale de Van der Roest et ses collaborateurs [30] rapporte qu'une majorité d'employés œuvrant en milieu d'hébergement (53%) n'ont constaté aucun changement dans la sévérité des problèmes relatifs à l'appétit et la nutrition durant les premiers mois de la pandémie de COVID-19.

Perte de poids

De façon générale, cinq des sept études retenues rapportent une perte de poids chez les résidents durant la période d'isolement. Cette perte de poids est à la fois rapportée dans des études qualitatives [4, 9, 14, 20] et observée dans des études quantitatives [17].

Par exemple, Levere et ses collaborateurs [17] rapportent une perte de poids statistiquement significative durant la période s'échelonnant entre les mois de mars et juillet 2020, avec une augmentation relative de 150% de la perte de poids. Quant à eux, Perez-Rodriguez et ses collaborateurs [25] rapportent une perte de poids chez 38% des 435 résidents en milieu d'hébergement ayant participé à l'étude, la perte médiane étant de 2,1 kilos au cours des mois de mai et juin 2020.

Une seule étude rapporte une prise de poids chez les résidents, à partir de données recueillies auprès de proches et d'employés de milieux d'hébergement [29], et seule l'étude qualitative d'Ickert et ses collaborateurs [14] rapporte, du point de vue des

résidents, des résultats variables quant au changement de poids; certains rapportent une perte de poids relative à la diminution de mouvement, alors que d'autres n'ont observé aucun changement.

Détérioration du système musculaire

Deux études qualitatives rapportent une détérioration du système musculaire des résidents durant la période d'isolement, selon la perception des proches [20, 29] et d'employés de milieux d'hébergement [29]. McCleary [20] a notamment observé une diminution de force physique, alors que Smaling et ses collaborateurs [29] rapportent des tensions musculaires induites par la diminution d'activité physique. Pour sa part, l'étude de Pérez-Rodriguez et ses collaborateurs [25] indique qu'un confinement au lit (ou une immobilisation) entraîne la réduction accélérée de la masse musculaire et de la force physique.

Perte de mobilité

Une perte de mobilité chez les résidents durant l'isolement est rapportée dans trois études [8, 15, 24]. Cette perte de mobilité a été observée par les résidents eux-mêmes, par des proches et par le personnel soignant de milieux d'hébergement.

Risque de chutes

Une augmentation du risque de chutes chez les résidents est nommée par les employés de différents milieux d'hébergement [4, 8]. À l'inverse, l'étude quantitative de Levere et ses collaborateurs [17] rapporte que les chutes récentes des résidents ne semblent pas liées au contexte de la pandémie de la COVID-19.

Problèmes intestinaux et urinaires

Deux études se sont intéressées aux effets de l'isolement sur les problèmes intestinaux et urinaires. Des dérèglements sur le plan du système intestinal ainsi qu'une augmentation des épisodes d'incontinence chez les résidents durant les premières semaines de la pandémie de la COVID-19 ont été rapportés, alors qu'aucune augmentation significative n'a été observée quant à la survenue des infections urinaires [17]. Pour leur part, McCleary et ses collaborateurs [20] nomment la constipation comme étant un des effets observés de l'isolement, tel que rapporté par les proches des résidents.

Problèmes cutanés

En ce qui a trait au système cutané, des résultats divergents émergent des études retenues. D'une part, parmi les effets relatifs aux restrictions de visites lors de l'éclosion de SRAS, les proches de résidents vivant en milieu d'hébergement ont rapporté chez ces derniers des atteintes à la peau, dont des ecchymoses [20]. D'autre part, l'étude de Levere et ses collaborateurs [17] n'a trouvé aucun impact statistiquement significatif sur les plaies de pression sévères chez les résidents en milieu d'hébergement lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Problèmes de sommeil

Deux études ont abordé les changements au regard du sommeil des résidents en lien avec les mesures d'isolement lors de la pandémie de la COVID-19. D'une part, chez les résidents qui présentent des problèmes comportementaux, à la fois une augmentation et une diminution des problèmes de sommeil sont rapportées par les employés de milieux d'hébergement dans l'étude de Leontjevas et ses collaborateurs [16]. D'autre part, chez les résidents qui ont une démence, la revue de Simonetti et ses collaborateurs [27] rapporte que les altérations du sommeil accompagnent fréquemment l'agitation observée en milieu d'hébergement lors de la période d'isolement.

Autres effets sur la santé physique

D'autres effets de l'isolement sur la santé physique des résidents ont été rapportés par différents acteurs (p. ex. : résidents eux-mêmes, proches, employés de milieux d'hébergement) dans les études retenues, dont un ralentissement psychomoteur [8], un plus grand niveau de fatigue associé à l'inactivité physique [15] et une augmentation de symptômes somatiques tels que la douleur [28].

EN BREF

La grande majorité de ces études rapportent une détérioration de la santé physique des aînés qui résident en milieux d'hébergement pendant la période d'isolement, dont l'apparition ou l'aggravation :

- d'une détérioration globale de la santé physique;
- d'une perte d'appétit ou de la malnutrition;
- d'une perte de poids;
- d'une détérioration du système musculaire;
- d'une perte de mobilité.

Dans une faible mesure, d'autres effets de l'isolement sur la santé physique ont été documentés dont le risque de chutes, les problèmes intestinaux, urinaires et cutanés, ainsi que les problèmes de sommeil.

Toutefois, les devis des études ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie

4 EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR DES ASPECTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ DES RÉSIDENTS

Au total, dix études abordent les effets de l'isolement sur des aspects généraux de la santé des aînés qui résident en milieu d'hébergement (4 études qualitatives, 4 études quantitatives, 2 études à devis mixte) (voir [tableau 6](#)).

Tableau 6 Effets de l'isolement sur des aspects généraux de la santé des résidents

	Détérioration des habiletés fonctionnelles	Détérioration de la qualité de vie	Détérioration de la santé générale
Brydon <i>et al.</i> (2022) [4]	↗		
Hindmarch <i>et al.</i> (2021) [12]		↗	↗
Ickert <i>et al.</i> (2021) [14]	↗		
Kaelen <i>et al.</i> (2021) [15]		↗	
Levere <i>et al.</i> (2021) [17]	—	↗	↗
Lood <i>et al.</i> (2021) [18]	↗	↘	↗
O'Caoimh <i>et al.</i> (2020) [23]	↗		
Paananen <i>et al.</i> (2021) [24]		↕	
Pérez-Rodriguez <i>et al.</i> (2021) [25]	↗		
Wammes <i>et al.</i> (2020) [31]		↗	
Légende : ↗ : Apparition ou aggravation (réelle ou perçue) ↘ : Disparition ou diminution (réelle ou perçue) ↕ : Effets divergents — : Aucun effet (aucun changement noté)			

Détérioration des habiletés fonctionnelles

Cinq des six études rapportent une détérioration des habiletés fonctionnelles chez les aînés hébergés durant la période d'isolement, qui mène notamment à une perte d'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne [4, 14, 18, 23]. À titre d'exemple, la moitié des proches de résidents avec une démence en milieu d'hébergement rapportent avoir observé une diminution du fonctionnement de ceux-ci dans leurs activités de la vie quotidienne [23]. De la même façon, l'étude quantitative de Pérez-Rodriguez et ses collaborateurs [25], menée lors des premiers mois de la pandémie de COVID-19, fait état d'un déclin fonctionnel significatif chez 20% des résidents, dans au moins une catégorie selon l'indice de Barthel, ainsi que chez 18,5% des résidents, selon les catégories relatives à la déambulation fonctionnelle. Les auteurs rapportent que chez ces clientèles, le confinement au lit ou l'immobilisation entraîne une réduction accélérée de la capacité fonctionnelle.

Enfin, seule l'étude quantitative de Levere et ses collaborateurs [17] ne rapporte aucun effet du contexte de la pandémie de COVID-19 sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (tel que mesuré avec *The Activities of Daily Living Scale*) des résidents.

Détérioration de la qualité de vie

Six études rapportent des résultats sur les effets de l'isolement en lien avec la qualité de vie des résidents. Une diminution du bien-être des résidents est rapportée par les proches consultés [12, 24]. Levere et ses collaborateurs [17] rapportent que les restrictions de visites et la diminution de soins directs reçus lors de la période d'isolement ont entraîné un effet négatif sur le bien-être des résidents, qu'ils aient été infectés ou non par la COVID-19. D'ailleurs, 62% des proches des résidents rapportent une diminution de la qualité de vie de ces derniers comme effet négatif lié à l'isolement [31]. Certains résidents interrogés précisent s'être sentis non-reconnus, oubliés et privés de toute occasion de partager leurs préoccupations [15] alors que d'autres ont plutôt rapporté un sentiment de sécurité lié au fait d'être « protégé » du virus en étant isolé et pris en charge par le personnel soignant [18].

Détérioration de la santé générale

Trois études rapportent une détérioration de la santé générale des aînés qui résident en milieu d'hébergement en période d'isolement, sans préciser les dimensions spécifiques de la santé qui sont affectées. Cette détérioration est à la fois observée par les résidents eux-mêmes [18] et leurs proches [12]. Enfin, Levere et ses collaborateurs [17] estiment que les mesures d'isolement, dans leur ensemble, ont entraîné un effet négatif sur la santé globale des aînés, que ces derniers aient été atteints de la COVID-19 ou non.

EN BREF

Certaines des études retenues rapportent des effets négatifs de l'isolement sur des aspects généraux de la santé des aînés qui résident en milieux d'hébergement, dont l'apparition ou l'aggravation :

- d'une détérioration des habiletés fonctionnelles;
- d'une détérioration de la qualité de vie;
- d'une détérioration de la santé générale.

Toutefois, les devis des études ne permettent pas de distinguer les effets qui relèvent des mesures d'isolement de ceux relatifs au processus de vieillissement ou de l'évolution des conditions médicales présentes chez les aînés avant la pandémie.

DISCUSSION

- L'application de restrictions sanitaires lors d'une éclosion dans un milieu d'hébergement pour aînés, dont l'interdiction de visiteurs, de sorties extérieures et d'activités de groupe, est utilisée pour protéger les résidents d'une possible infection. La littérature scientifique met toutefois en lumière que ces restrictions isolant les aînés génèrent une variété d'effets négatifs sur différentes dimensions de la santé (psychologique, cognitive, physique) des résidents. Le maintien des contacts sociaux chez les aînés, que ce soit avec les proches ou avec les autres résidents, est souligné dans l'ensemble de la littérature consultée comme étant un facteur déterminant dans le maintien de la santé ou dans le ralentissement de la détérioration de celle-ci.
- Les études repérées documentent majoritairement les effets de l'isolement lors des premiers mois de la pandémie. L'accumulation des périodes d'isolement vécues par les aînés, au cours des deux dernières années, pourrait accentuer les effets néfastes sur la santé qui ont été documentés.
- La diversité des modalités d'isolement, de même que leur application modulable selon les milieux et les phases de la pandémie, font en sorte qu'il est difficile de déterminer avec précision les effets distincts de l'isolement sur les aînés, tout comme les facteurs exacerbant ou atténuant ces effets.
- Cela dit, à la lumière des études repérées, il semblerait que différents facteurs — dont la durée de l'isolement, la sévérité des mesures appliquées, la présence ou non d'une démence chez le résident, l'aménagement du milieu d'hébergement ou de l'environnement social — peuvent moduler les effets de l'isolement sur certaines dimensions de leur santé. L'effet relatif à chacun de ces facteurs demeure toutefois difficile à cerner.
- La prise de décision quant à la mise en place ou au retrait des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux d'hébergement en contexte de pandémie requiert une lecture attentive de différents enjeux, dont ceux de nature clinique et éthique, sous-jacents aux diverses options envisagées sur la santé individuelle et collective des résidents. En ce sens, la conciliation de la gestion du risque d'infection et de décès, ainsi que de la prestation de soins permettant de veiller au bien-être psychologique, cognitif et physique des résidents devrait être recherchée.

Limites

Différents effets de l'isolement sur la santé des aînés vivant en milieu d'hébergement ont été abordés dans la présente revue rapide. Les constats de cette réponse rapide doivent toutefois être interprétés à la lumière de certaines limites et biais :

- La qualité méthodologique des études recensées n'a pas été évaluée, comme convenu dans ce type de produit de connaissance;

- La période de recherche documentaire étant limitée à l'intervalle de temps entre les mois de janvier 2000 et janvier 2022, il se pourrait que des études pertinentes publiées avant cette période n'aient pas été retenues dans la présente revue. Toutefois, puisque la revue couvre la littérature des 20 dernières années, celle-ci permet d'avoir des résultats qui reflètent les réalités actuelles;
- Les effets de l'isolement présentés ne tiennent pas compte des différentes modalités de l'isolement (p. ex : durée, nombre de périodes d'isolement vécues, isolement individuel ou en groupe) ni des caractéristiques des résidents (p. ex : état de santé, degré d'autonomie), puisque ces éléments sont très rarement précisés dans les documents consultés;
- Les résultats présentés ci-dessus n'ont pas été contextualisés en fonction des différences organisationnelles (p. ex. : celles inhérentes aux milieux d'hébergement telles que le nombre de lits, l'offre de services et les normes applicables) ayant cours dans les diverses juridictions.

RÉFÉRENCES

1. Cronin, C.J. and W.N. Evans, *Nursing Home Quality, COVID-19 Deaths, and Excess Mortality*. Journal of Health Economics, 2022: p. 102592.
2. Avidor, S. and L. Ayalon, *"I Didn't Meet My Mother; I Saw My Mother": The Challenges Facing Long-Term Care Residents and Their Families in the Age of COVID-19*. Journal of Applied Gerontology, 2022. **41**(1): p. 22-29.
3. Ayalon, L. and S. Avidor, *'We have become prisoners of our own age': from a continuing care retirement community to a total institution in the midst of the COVID-19 outbreak*. Age and ageing, 2021. **50**(3): p. 664-667.
4. Brydon, A., et al., *National Survey on the Impact of COVID-19 on the Mental Health of Australian Residential Aged Care Residents and Staff*. Clinical Gerontologist, 2022. **45**(1): p. 58-70.
5. Egeljic-Mihailovic, N., et al., *Social participation and depressive symptoms among older adults during the Covid-19 pandemic in Serbia: A cross-sectional study*. Geriatric Nursing, 2021. **44**: p. 8-14.
6. El Haj, M., et al., *High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis*. Psychiatry Research, 2020. **291**: p. 113294.
7. Ferdous, F., *Social Distancing vs Social Interaction for Older Adults at Long-Term Care Facilities in the Midst of the COVID-19 Pandemic: A Rapid Review and Synthesis of Action Plans*. Inquiry, 2021. **58**: p. 469580211044287.
8. Frahsa, A., et al., *"I Trust in Staff's Creativity"-The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology*. Frontiers in Sports & Active Living, 2020. **2**: p. 589214.
9. Freidus, A., D. Shenk, and C. Wolf, *Integrating Praxis Through the Research Process: Caregivers for Older Americans During the COVID - 19 Pandemic*. Annals of Anthropological Practice, 2021. **45**(2): p. 162-174.
10. Giebel, C., et al., *Taking the 'care' out of care homes: The moral dilemma of institutional long-term care provision during COVID-19*. Health & Social Care in the Community, 2021. **21**: p. 21.
11. Gorski, M., et al., *Assessment of the Risk of Depression in Residents Staying at Long-Term Care Institutions in Poland During the COVID-19 Pandemic Depending on the Quality of Cognitive Functioning*. Frontiers in Psychology, 2021. **12**: p. 766675.
12. Hindmarch, W., et al., *COVID-19 and Long-Term Care: the Essential Role of Family Caregivers*. Canadian Geriatrics Journal CGJ., 2021. **24**(3): p. 195-199.
13. Huber, A. and A. Seifert, *Retrospective feelings of loneliness during the COVID-19 pandemic among residents of long-term care facilities*. Aging and Health Research, 2022: p. 100053.
14. Ickert, C., R. Stefaniuk, and J. Leask, *Experiences of long-term care and supportive living residents and families during the COVID-19 pandemic: "It's a lot different for us than it is for the average Joe"*. Geriatric Nursing, 2021. **42**(6): p. 1547-1555.
15. Kaelen, S., et al., *How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study*. PLoS ONE [Electronic Resource], 2021. **16**(3): p. e0249098.
16. Leontjevas, R., et al., *Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands*. Aging & Mental Health, 2021. **25**(7): p. 1314-1319.
17. Levere, M., P. Rowan, and A. Wysocki, *The Adverse Effects of the COVID-19 Pandemic on Nursing Home Resident Well-Being*. Journal of the American Medical Directors Association, 2021. **22**(5): p. 948-954.e2.

18. Lood, Q., M. Haak, and S. Dahlin-Ivanoff, *Everyday life in a Swedish nursing home during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study with persons 85 to 100 years*. BMJ Open, 2021. **11**(6): p. e048503.
19. McArthur, C., et al., *Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Long-Term Care Residents' Mental Health: A Data-Driven Approach in New Brunswick*. Journal of the American Medical Directors Association, 2021. **22**(1): p. 187-192.
20. McCleary, L., et al., *Impact of SARS visiting restrictions on relatives of long-term care residents*. Journal of Social Work in Long-Term Care, 2005. **3**(3/4): p. 3-20.
21. Mitchell, L.L., et al., *Caring for a Relative With Dementia in Long-Term Care During COVID-19*. Journal of the American Medical Directors Association, 2021. **17**: p. 17.
22. Murphy, E., et al., *The Lived Experience of Older Adults Transferring Between Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic*. Journal of Gerontological Nursing, 2022. **48**(1): p. 29-33.
23. O'Caoimh, R., et al., *Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERiC) Project*. Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation, 2020. **11**: p. 585373.
24. Paananen, J., et al., *The impact of Covid-19-related distancing on the well-being of nursing home residents and their family members: a qualitative study*. International Journal of Nursing Studies Advances, 2021. **3**: p. 100031.
25. Perez-Rodriguez, P., et al., *Functional, cognitive, and nutritional decline in 435 elderly nursing home residents after the first wave of the COVID-19 Pandemic*. European Geriatric Medicine, 2021. **12**(6): p. 1137-1145.
26. Shum, C.K., et al., *Poor feeding due to visitor restrictions in long-term care facilities during the coronavirus disease 2019 pandemic*. Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 2020. **20**(6): p. 929-930.
27. Simonetti, A., et al., *Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions*. Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation, 2020. **11**: p. 579842.
28. Sizoo, E.M., et al., *Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physicians*. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. **21**(12): p. 1774-1781.e2.
29. Smaling, H.J.A., et al., *The Impact of Social Distancing Due to the COVID-19 Pandemic on People with Dementia, Family Carers and Healthcare Professionals: A Qualitative Study*. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource], 2022. **19**(1): p. 04.
30. Van der Roest, H.G., et al., *The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands*. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. **21**(11): p. 1569-1570.
31. Wammes, J.D., et al., *Evaluating Perspectives of Relatives of Nursing Home Residents on the Nursing Home Visiting Restrictions During the COVID-19 Crisis: A Dutch Cross-Sectional Survey Study*. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. **21**(12): p. 1746-1750.e3.
32. Arcand, M. and R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie, (3e éd.)*. Acton Vale: Edisem, 2007.

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Date du repérage : 26 janvier 2022	
Limites : 2000- ; anglais, français	
1	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)).ti
2	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*)).ti
3	((long-term OR living) ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*) OR LTC OR LTCF* OR LTCH* OR EHPAD* OR CHSLD*).ti
4	((extended care OR intermediate care) ADJ2 (facility OR facilities)).ti
5	(nursing ADJ2 (center OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit OR units)).ti
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)).ti
7	(group ADJ2 (home or homes)).ti
8	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)).ti
9	(ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR veteran* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))).ti
10	OR/1-9
11	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).ti
12	(SARS OR MERS OR (Middle East* AND respiratory syndrome) OR infectious disease* OR infection* OR virus* OR norovirus* OR influenza OR flu OR H1N1* OR parainfluenza OR hepatitis OR pneumonia* OR gastroenteritis OR clostrid* OR (c ADJ difficil*) OR pandem* OR epidem* OR endem* OR outbreak* OR health disaster*).ti
13	11 OR 12
14	(lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*).ti
15	(effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR outcome* OR repercussion* OR sequel* OR symptom* OR complication OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobilit* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR quality of life OR rupture* OR health problem* OR grief OR suicid* OR memory disorder*).ti
16	10 AND 13 AND 14 AND 15
17	(lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*).ab,hw,kw
18	10 AND 13 AND 15 AND 17

19	(effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR outcome* OR repercussion* OR sequel* OR symptom* OR complication OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobilit* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR quality of life OR rupture* OR health problem* OR grief OR suicid*).ab,hw,kw
20	10 AND 13 AND 14 AND 19
21	9 AND 13 AND 15 AND 17
22	10 AND 11 AND 17 AND 19
23	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).ab,hw,kw
24	10 AND 14 AND 15 AND 23
25	16 OR 18 OR 21 OR 22 OR 24
26	(manag* OR training OR program OR programs OR treatment* OR direction* OR action* OR strateg* OR challenge* OR intervention* OR approach* OR solution* OR implicat* OR virtual* OR new technolog* OR therap* OR technological advancement* OR remote communication* OR support* OR guideline* OR plan OR plans OR protocol*).tw,hw,kf,kw
27	25 AND 26
28	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
29	18 NOT 19

PsycINFO (Ovid)	
Date du repérage : 27 janvier 2022	
Limites : 2000- ; anglais, français	
1	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*).ti
2	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*).ti
3	((long-term OR living) ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*) OR LTC OR LTCF* OR LTCH* OR EHPAD* OR CHSLD*).ti
4	((extended care OR intermediate care) ADJ2 (facility OR facilities)).ti
5	(nursing ADJ2 (center OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit OR units)).ti
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)).ti
7	(group ADJ2 (home or homes)).ti
8	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)).ti
9	(ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR veteran* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))).ti
10	OR/1-9
11	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).ti

12	(SARS OR MERS OR (Middle East* AND respiratory syndrome) OR infectious disease* OR infection* OR virus* OR norovirus* OR influenza OR flu OR H1N1* OR parainfluenza OR hepatitis OR pneumonia* OR gastroenteritis OR clostrid* OR (c ADJ difficil*) OR pandem* OR epidem* OR endem* OR outbreak* OR health disaster*).ti
13	11 OR 12
14	(lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*).ti
15	(effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR outcome* OR repercussion* OR sequel* OR symptom* OR complication OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobilit* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR quality of life OR rupture* OR health problem* OR grief OR suicid* OR memory disorder*).ti
16	10 AND 13 AND 14 AND 15
17	(lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*).ab,hw
18	(effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR outcome* OR repercussion* OR sequel* OR symptom* OR complication OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobilit* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR quality of life OR rupture* OR health problem* OR grief OR suicid*).ab,hw
19	10 AND 13 AND ((14 AND 18) OR (15 AND 17))
20	9 AND 13 AND 15 AND 17
21	10 AND 11 AND 17 AND 18
22	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).ab,hw
23	10 AND 14 AND 15 AND 22
24	16 OR 19 OR 20 OR 21 OR 23
25	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*).ti
26	24 NOT 25

CINAHL (Ovid)**Date du repérage : 27 janvier 2022****Limites : 2000- ; anglais, français**

S1	TI ((aged OR elderly OR "old age") N2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)) OR AB ((aged OR elderly OR "old age") N2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*))
S2	TI (geriatric N2 (home OR homes OR facility OR facilities OR institution* OR residential*))
S3	TI ((long-term OR living) N3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*)) OR LTC OR LTCF* OR LTCH* OR EHPAD* OR CHSLD*)

S4	TI ("extended care" OR "intermediate care") N2 (facility OR facilities))
S5	TI (nursing N2 (center OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit OR units))
S6	TI (residential* N2 (care OR home OR homes))
S7	TI (group N2 (home or homes))
S8	TI (care N2 (facility OR facilities OR home OR homes))
S9	TI (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR "old age*" OR senior* OR veteran* OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women)))
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9
S11	TI ("corona virus*" OR "coronavirus disease-19" OR "coronavirus disease-2019*" OR coronavirus-19" OR coronavirus-2019 OR "corona virus disease 2019" OR COVID-19 OR COVID19 OR "COVID 2019" OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR "new coronavirus*" OR "new corona virus*" OR "novel corona virus*" OR "novel coronavirus*" OR "novel human coronavirus*" OR "SARS corona virus 2" OR "SARS coronavirus 2" OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR ("severe acute respiratory" AND syndrome AND ("coronavirus 2" OR "corona virus 2" OR CoV2)) OR "syndrome CoV 2" OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv)
S12	TI (SARS OR MERS OR ("Middle East*" AND "respiratory syndrome") OR "infectious disease*" OR infection* OR virus* OR norovirus* OR influenza OR flu OR H1N1* OR parainfluenza OR hepatitis OR pneumonia* OR gastroenteritis OR clostrid* OR (c N1 difficil*) OR pandem* OR epidem* OR endem* OR outbreak* OR "health disaster*")
S13	S11 OR S12
S14	TI (lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*)
S15	TI (effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR repercussion* OR sequel* OR complication* OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobil* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR "quality of life" OR rupture* OR "health problem*" OR grief OR suicid*)
S16	S10 AND S13 AND S14 AND S15
S17	AB (lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR isolat* OR confin* OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregation*)
S18	AB (effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR repercussion* OR sequel* OR complication* OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobil* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR "quality of life" OR rupture* OR "health problem*" OR grief OR suicid*)
S19	S10 AND S13 AND ((S14 AND S18) OR (S15 AND S17))
S20	S16 AND S19
S21	TI (manag* OR training OR program OR programs OR treatment* OR direction* OR action* OR strateg* OR challenge* OR intervention* OR approach* OR solution* OR implicat* OR virtual* OR "new technolog*" OR therap* OR "technological advancement*" OR "remote communication*" OR support* OR guideline* OR plan OR plans OR protocol*) OR AB (manag* OR training OR program OR programs OR treatment* OR direction* OR action* OR strateg* OR challenge* OR intervention* OR approach* OR solution* OR implicat* OR virtual* OR "new technolog*" OR therap* OR "technological advancement*" OR "remote communication*" OR support* OR guideline* OR plan OR plans OR protocol*)

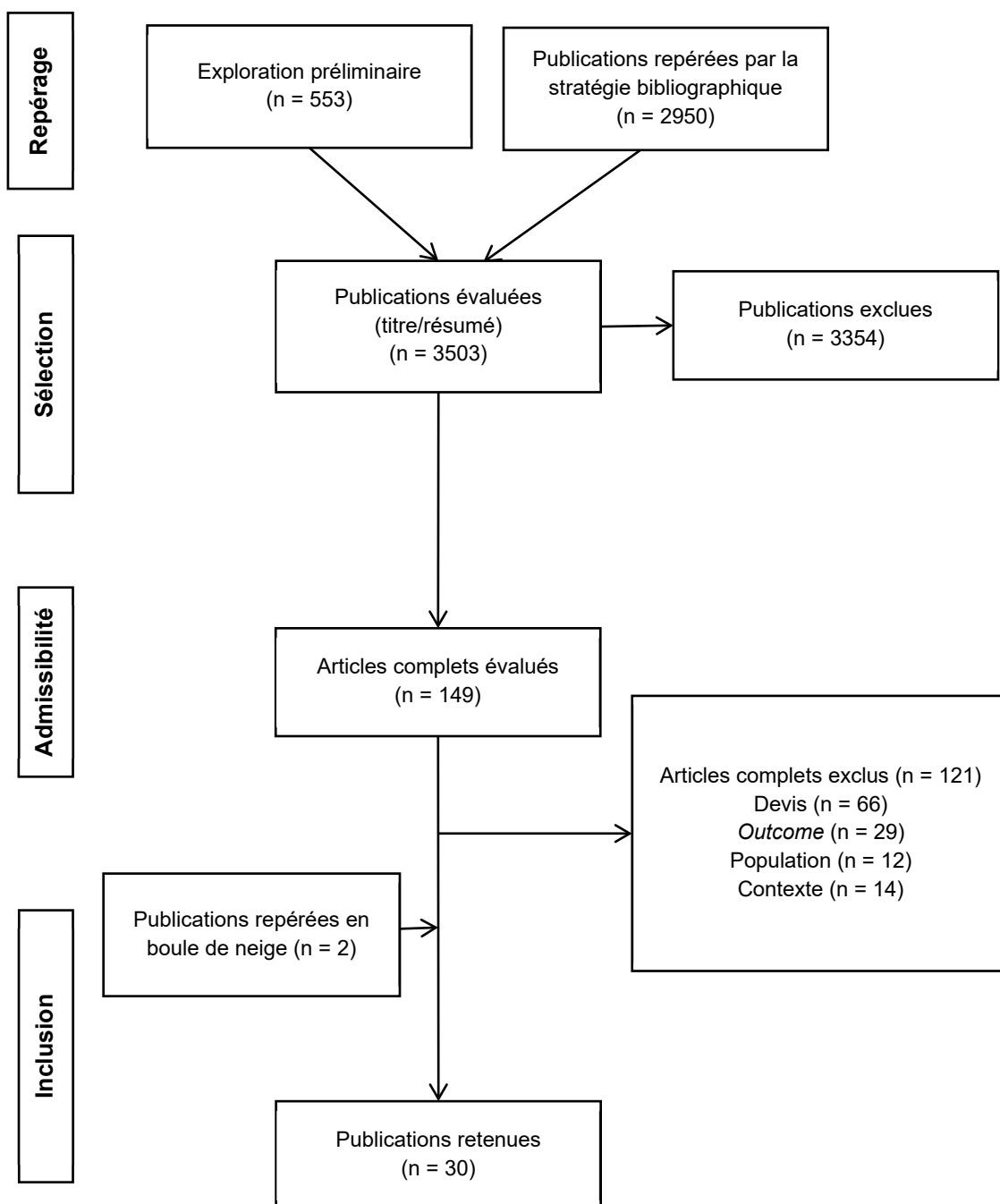
S22	S20 AND S21
S23	T1 (child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediater* OR paediatr* OR school*)
S24	S22 NOT S23

EBM Reviews (Ovid)	
Date du repérage : 25 janvier 2022	
Limites : 2000- ; anglais, français	
1	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)),ti,ab
2	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*)),ti,ab
3	((long-term OR living) ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*) OR LTC OR LTCF* OR LTCH* OR EHPAD* OR CHSLD*),ti,ab
4	((extended care OR intermediate care) ADJ2 (facility OR facilities)),ti,ab
5	(nursing ADJ2 (center OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit OR units)),ti,ab
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)),ti,ab
7	(group ADJ2 (home or homes)),ti,ab
8	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)),ti,ab
9	(ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR veteran* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))),ti,ab
10	OR/1-9
11	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR corona virus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv),ti,ab
12	(SARS OR MERS OR (Middle East* AND respiratory syndrome) OR infectious disease* OR infection* OR virus* OR norovirus* OR influenza OR flu OR H1N1* OR parainfluenza OR hepatitis OR pneumonia* OR gastroenteritis OR clostrid* OR (c ADJ difficil*) OR pandem* OR epidem* OR endem* OR outbreak* OR health disaster*),ti
13	11 OR 12
14	(lockdown* OR lock-down* OR prevent* OR control* OR protect* OR precaution* OR restrict* OR measure OR measures OR confin* OR isolat* OR containment OR quarantine* OR sequester* OR separat* OR distanc* OR ban OR banned* OR banning OR surveillance OR segregat* OR minimiz*),ti,ab
15	(effect* OR safe OR consequence* OR impact* OR incidence* OR issue* OR challenge* OR outcome* OR repercussion* OR sequel* OR symptom* OR complication OR deconditioning OR physical inactivit* OR autonomy OR self-determination OR freedom OR sedentarity OR immobility OR immobilization OR mobilit* OR declin* OR loss OR losing OR lost OR diminish* OR decreas* OR disrupt* OR deteriorat* OR detrimental* OR alterat* OR frail* OR depress* OR anxiety OR life satisfaction OR wellbeing OR well-being OR wellness OR stress* OR distress* OR mental OR communication OR engagement OR physical OR psychological OR psychosocial OR behavioral OR emotional OR social OR decompensat* OR hopelessness OR neuropsychiatr* OR quality of life OR rupture* OR health problem* OR grief OR suicid* OR memory disorder*),ti,ab
16	10 AND 13 AND 14 AND 15

ANNEXE B

Sélection des publications

Figure 1 Diagramme de flux



*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

