

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Mickaël DEIE

Né(e) 03 janvier 1986 à Cayenne (973)

TITRE

Exploration du vécu du personnel du S.S.I.A.D de la région Centre val de Loire, de l'état de santé de la personne âgée à domicile, durant la 1ere année de la crise sanitaire COVID 19.

Présentée et soutenue publiquement le **13 octobre 2022** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, *Faculté de Médecine – Tours*

Membres du Jury :

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL, Médecine Gastro Entérologie, Professeur émérite, Faculté de Médecine – Tours

Professeure Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Pharmacologie clinique, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Benoit CHAUMONT, Médecine Générale – Chatillon sur Loire

TITRE

Exploration du vécu du personnel du S.S.I.A.D de la région Centre val de Loire, de l'état de santé de la personne âgée à domicile, durant la 1ere année de la crise sanitaire COVID 19.

RESUME

Introduction : La crise sanitaire liée à la Covid-19 a entraîné des répercussions sur l'état de santé de la population âgée vivant à domicile. À travers l'entretien avec des soignants du S.S.I.A.D. et leur vécu, nous allons explorer comment a évolué l'état de santé de cette population. L'objectif de cette thèse est donc d'explorer l'état de santé de la personne âgée au domicile en région Centre Val de Loire, via le vécu des soignants du SSIAD, durant la 1ere année de la crise sanitaire COVID-19.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode par analyse phénoménologique interprétative. À partir d'un échantillon homogène, nous avons interrogé à travers la réalisation d'entretiens individuels, des soignants travaillant au sein de SSIAD répartis dans l'ensemble de la région Centre-Val de Loire.

Résultat : Cette étude a mis en avant différents impacts de la crise Covid sur le quotidien de cette population. Elle a fait apparaître une rupture dans les habitudes des personnes âgées, avec l'aggravation d'un isolement préexistant et une perte d'autonomie. Les médias ont joué un rôle non négligeable dans le syndrome anxiodépressif. Les mesures barrières et la diminution des contacts ont entraîné un repli sur soi de ces personnes vulnérables.

Discussion : La dégradation de l'autonomie et de l'état psycho-cognitif des personnes âgées à domicile a été révélée en majorité, comme dans de nombreuses études. La crise sanitaire a exacerbé un isolement préexistant. Une adaptation de la prise en charge et de la surveillance du patient âgé à domicile par le médecin généraliste en collaboration avec les équipes de SSIAD est nécessaire.

Mots clés : Personne âgée, COVID-19, SSIAD, vécu, domicile, état de santé

TITLE

Exploration of the experience of the health workers from the S.S.I.A.D (Service de Soins Infirmiers à Domicile) of the Centre Val de Loire region, of the elderly health condition at home, during the first year of the public health crisis caused by COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: The public health crisis related to COVID-19 has impacted the global health condition of the elderly living at home. This paper will aim at exploring the evolution of their health condition through the analysis of interviews with health workers from the S.S.I.A.D, while taking into account the latter own experience. This PhD will thus scrutinize the health condition of the elderly living at home in the Centre Val de Loire region, through S.S.I.A.D health workers' experience, during the first year of the public health crisis caused by COVID-19.

Protocol: We set up a qualitative study inspired by the Interpretative Phenomenological Analysis method. From an homogeneous sample, we conducted individual interviews of health workers from the S.S.I.A.D working across the Centre Val de Loire region.

Result: This study has highlighted various repercussions of the Covid crisis on the participants' daily lives. It revealed a break in the elderly's habits, with the aggravation of pre-existing isolation, and an increase of loss of autonomy. The media have played a significant role in the development of anxiety-depressive syndromes. Social distancing measures have led these vulnerable people to self-isolate themselves.

Discussion: The deterioration of the autonomy as well as the psycho-cognitive state of the elderly has been predominantly revealed, as in many studies. The Covid-19 health crisis has exacerbated pre-existing isolation. The care and monitoring of the elderly patients living at home must be adapted by the General Practitioner, in collaboration with the S.S.I.A.D team.

Keywords : Elderly , COVID-19, SSIAD, own experience, home , health condition.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie

GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe Rhumatologie
GUERIF Fabrice..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine..... Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie. Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel. Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel. Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis..... Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe..... Biologie cellulaire
IVANES Fabrice..... Physiologie
LABARTHE François Pédiatrie
LAFFON Marc Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert..... Chirurgie infantile
LARIBI Saïd..... Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique. Bactériologie-virologie
LAURE Boris Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel. Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent Dermato-vénéréologie
MAILLOT François Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain. Pneumologie
MARRET Henri Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine Pédiatrie
MORINIERE Sylvain. Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis Rhumatologie
ODENT Thierry Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna. Gynécologie-obstétrique
PAINAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent Physiologie
REMERAND Francis..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe. Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline..... Médecine légale et droit de la santé

SALAME Ephrem..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
TOUTAIN Annick..... Génétique
VAILLANT Loïc..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane..... Anatomie
VOURC'H Patrick..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé..... Immunologie
ZEMMOURA Ilyess..... Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra..... Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)

CLEMENTY Nicolas Cardiologie
 DENIS Frédéric Odontologie
 DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
 DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
 ELKRIEF Laure. Hépatologie - gastroentérologie
 FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et cytologie pathologiques
 GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
 HOARAU Cyrille..... Immunologie
 LE GUELLEC Chantal. Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 LEFORT Bruno. Pédiatrie
 LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
 MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
 MOREL Baptiste. Radiologie pédiatrique
 PARE Arnaud. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
 ROUMY Jérôme..... Biophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
 STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie. Anatomie et cytologie pathologiques
 STEFIC Karl. Bactériologie
 TERNANT David. Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 VAYNE Caroline..... Hématologie, transfusion
 VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... Neurosciences
NICOGLOU Antonine..... Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile..... Médecine Générale

MAIT

AUMARECHAL Alain
BARBEAU Ludivine
CHAMANT Christelle..... Médec
ETTORI-AJASSE Isabelle Médecine Général
PAUTRAT Maxime Médecine Générale
RUIZ Christophe..... Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe..... Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie..... Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie..... Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie..... Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire..... Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste

GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Ces remerciements ne seront jamais suffisamment exhaustifs pour faire figurer l'ensemble des personnes qui, au cours de mon parcours médical et de vie, ont participé aux faits que j'ai la joie d'arriver à ce moment important de ma vie. Je souhaite cependant de façon non exhaustive faire mes remerciements :

À Monsieur le Professeur Bertrand FOUGERE :

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Votre présence était pour moi indispensable afin de soumettre les résultats de cette étude à votre jugement aguerri. Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame la Professeure Théodora BEJAN-ANGOULVANT :

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury et de porter un regard critique sur ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL :

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse. Je vous suis reconnaissant de faire partie de ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Benoit CHAUMONT, direction de thèse:

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse avec tout le défis que représente la direction d'une première thèse. Merci également pour ta vision de la médecine et de la prise en charge de la personne âgée à domicile, que tu as pu me transmettre auprès de tes patients.

À la scolarité et Madame PEAN :

Merci pour le travail que vous faites malgré les difficultés et les multiples demandes des étudiants.

À Ma ALEINA :

Mamie c'est toi qui dès mes cinq ans, m'a donné l'envie de devenir médecin afin de pouvoir prendre soins de toi, j'aurais aimé que tu sois encore là, merci pour tout.

À ma chère Maman :

J'aurais tant aimé que la vie te permette d'être encore là , afin que tu voies que tes valeurs d'amour, de bienveillance et de respect m'ont permis d'avancer et d'être où je suis aujourd'hui. Merci de continuer de prendre soin de moi.

À mon Papa :

Merci de m'avoir toujours motivé et fait avancer. Merci pour nos discussions philosophiques qui m'ont permis d'atteindre beaucoup de mes objectifs de vie. Je t'aime et j'ai hâte de te prendre dans mes bras .

À mes frères et sœurs :

Depuis tout petit je n'arrête pas de répéter comme un credo « je vais être docteur plus grand » , je suis enfin grand. Merci pour vos conseils et merci d'avoir été là pour moi. **Néneige**, tu as toujours été une source de motivation pour moi, nous y sommes arrivés. **Mike**, je t'ai toujours collé aux basques depuis tout petit, tu es mon meilleur ami merci. **Nathou**, je t'aime, merci pour tes discussions et merci de me faire relativiser les choses. **Yves**, merci d'avoir pris soin de moi depuis tout petit et durant tout ce long parcours merci. **Jules**, merci pour ta motivation et merci de me montrer qu'on peut atteindre nos objectifs, il suffit de ne pas se fixer de limites. Merci à mes petits frères , merci **Jean et Stif** de me montrer que peu importe le domaine, la bonne motivation permet d'aller loin. Je vous aime.

À ma chérie :

Je ne sais pas comment te remercier tant j'ai de remerciements à te faire, donc je dirai juste merci de m'avoir tant motivé et aidé dans toutes les étapes de cette thèse, ce travail est aussi le tien. Je suis heureux d'avoir la chance de partager ma vie avec **Léa** et toi. Vous êtes une source de bien être sans fond pour moi. Je vous aime.

À Lulu :

Tu es géniale, merci pour ton aide à la traduction, j'ai hâte de fêter ça avec toi Sam et Mathias.

À Barbidou :

Je suis tellement heureux d'avoir une personne comme toi dans ma vie, tu es inestimable pour moi, merci pour toute la motivation que tu m'as apportée.

À Chadidi :

Comme le dirait l'autre. Nos discussions passées m'ont fait du bien et m'ont permis d'avancer et de finir cette thèse. J'ai beaucoup aimé cette petite coloc de second confinement avec toi.

À Adrien :

Mon ami "toujours dans les limites du trop", merci de m'avoir aidé et tous tes relais de connaissance. Ça m'a toujours permis de ne pas perdre le fil des informations académiques.

À Christelle :

Merci pour nos discussions investissement qui m'ont toujours permis de m'évader un cours moment de la thèse. Et maintenant *ASSADOR TIPICO !*

À Karole, Diane , Maria-Rita :

J'ai hâte de passer plus de temps avec vous. Nos voyages et nos discussions m'ont permis de passer un excellent internat.

À Fara et Randy :

Nous y sommes arrivés ! Et maintenant, le tour du monde !

A Xavier, Greg Jérôme, Betty, Vincent, Arslan, François :

Merci de m'avoir permis de découvrir votre monde médical

A Laurence, Séverine , Magali, Patricia, Monique :

Merci pour votre soutien et votre écoute. Vos multiples questions sur l'avancé de la thèse m'ont motivé à la finir.

GLOSSAIRE

AS : Aide-soignante

CESE : Conseil Economique Social et Environnemental

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmière Diplômées d'Etat

IDEC : Infirmières de Coordination

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Analyse Phénoménologique Interprétative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé PA Personne âgée

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SOMMAIRE

Introduction	17
Points clés chronologiques de la crise sanitaire Covid-19 en France (4)	19
Qu'est-ce qu'un SSIAD ?(5) (6)	20
Matériels et méthodes.....	22
1. Type d'étude.....	22
2. Population.....	22
3. Recueil des données	22
4. Analyse des données	23
RESULTATS	24
1. Résultats quantitatifs	24
1.1 L'échantillon	24
1.2 Les entretiens	24
2. Résultats qualitatifs	25
2.1 Impact de la crise Covid sur le quotidien de la personne âgée	25
2.1.1 Evènement soudain et grave qui perturbe le quotidien de la personne âgée	25
2.1.1.1 Aggravation d'un isolement préexistant.....	25
2.1.1.2 Rupture des habitudes.....	26
2.1.1.3 Recherche d'information	27
2.1.1.4 Modifications du rapport à l'aidant	29
2.1.2 Perception du risque de contamination COVID par la personne âgée	32
2.2 Les conséquences sur l'état de santé des personnes âgées.....	34
2.2.1 Symptômes anxiodépressifs	34
2.2.1.1 Troubles anxieux	34
2.2.1.2 Etats dépressifs liés à l'éloignement avec la famille	35
2.2.1.3 Baisse de l'élan vital liée à la diminution des passages du personnel paramédical.....	36
2.2.1.4 Développement d'idées noires.....	36
2.2.1.5 Qualité du sommeil.....	36
2.2.1.6 Dégradation de l'hygiène.....	37
2.2.2 La crise sanitaire à l'origine d'une solitude importante et une perte du goût des choses	38
2.2.3 Perte d'autonomie et dégradation physique	39
2.2.4 Atteintes au niveau de la prise alimentaire.....	40
2.2.5 Des perceptions différentes de la crise	42
2.3 Aide potentielle des médecins généralistes dans la pratique en période de crise	42

DISCUSSION	44
1. Validité interne de l'étude	44
1.1 Forces de l'étude	44
1.2 Limites de l'étude.....	45
2. Validité externe de l'étude	46
2.1 Rupture des habitudes et exacerbation d'un isolement social préexistant	46
2.2 Recherche d'information et de compréhension	47
2.3 Incompréhension des mesures barrières et altération de la qualité des échanges ..	48
2.4 Evolutivité de la demande de prise en charge.....	48
2.5 Episodes dépressifs caractérisés.....	49
2.6 Troubles du sommeil.....	51
2.7 Apathie et perte d'autonomie	51
2.8 Etat nutritionnel (avis partagés)	52
2.8.1 Absence de malnutrition remarquée	52
2.8.2 Apathie et malnutrition	52
3. Perspectives	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	58
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	58
ANNEXE 2 : Formulaire d'information et de consentement éclairé	61
ANNEXE 3 : PRESENTATION DU PROJET DE THESE	62

Introduction

Diverses crises sanitaires mondiales ont eu lieu depuis le début du XXe siècle (grippe Espagnole en 1918, grippe de Hongkong en 1968, grippe A H1N1 en 2009, Virus Ebola en 2014). Elles ont toutes été responsables d'une forte mortalité et ont montré une nécessité d'étudier les effets des crises sanitaires sur l'état de santé des populations.

La population française est vieillissante. En effet, les personnes de plus de 60 ans représentent actuellement 1/4 de la population Française (1). Ce chiffre était d'1/5 en 2000 et pourrait passer à 1/3 en 2040. Les personnes âgées vivent donc de plus en plus longtemps, ce qui a pour conséquence une augmentation de la perte d'autonomie et de la dépendance de cette population. Le nombre de personnes âgées dépendantes était d'1,2 millions en 2012, soit environ 8 % de cette population (1). Actuellement, 60 % des personnes âgées subissant une perte d'autonomie vivent à domicile (hors EHPAD) (1). Selon l'INSEE, en 2015, seulement 8,8 % des individus de 75 ans et plus vivaient en institution.

Depuis le début de l'année 2020 en France et dans le monde, la population a subi une nouvelle crise sanitaire liée à la Covid-19. Une revue de la littérature internationale retrouve de nombreux impacts directs et indirects sur l'état de santé de la personne âgée lors de cette crise, et notamment lors du premier confinement, qui a eu lieu de mars à mai 2020.

Les autorités politiques ont mis en place des mesures de sécurité restrictives tels que la distanciation sociale, le port du masque, et plus particulièrement le confinement général appliqué le 17 mars 2020. Ces mesures avaient pour but de contenir au maximum la contagiosité de ce virus. Selon *CheckNews*, à la date du 30 mars 2020, 2.63 milliards de personnes dans le monde ont été contraintes d'être confinées à leur domicile, pour une population mondiale totale de 7.75 milliards d'habitants, soit environ 34%.

La population âgée est dite fragile. L'infection par la COVID-19 leur est par conséquent à haut risque de morbi-mortalité. Les mesures drastiques mises en place dans la plupart des pays pour limiter la diffusion du virus ont entraîné des répercussions non seulement économiques et sociales, mais aussi médicales (2). Ces mesures censées protéger la population et notamment les personnes âgées ont pu avoir l'effet inverse et entraîner à leur tour des complications potentiellement graves. (3)

Ces mesures sanitaires ont été à l'origine d'un isolement social bien plus important qu'en temps ordinaire dans l'ensemble de la société.

Pour le médecin généraliste, il est intéressant de connaître l'état de santé de la personne âgée en perte d'autonomie vivant au domicile lors de cette période de crise sanitaire.

Les personnels de santé travaillant au sein du SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), on fait partie des premiers soignants permettant de faire un état des lieux de l'état de santé des patients âgées en perte d'autonomie au domicile. C'est pourquoi nous avons

décidé de nous rapprocher d'eux pour pouvoir explorer ce sujet auprès des personnes les plus à même de pouvoir nous répondre.

L'objectif principal de ce travail de recherche est donc d'explorer l'état de santé de la personne âgée au domicile en région Centre Val de Loire, via le vécu des soignants du SSIAD, durant la 1ere année de la crise sanitaire Covid-19.

Points clés chronologiques de la crise sanitaire Covid-19 en France (4)

- 24 janvier 2020 : confirmation des premiers cas de Covid en France
- 14 février 2020 : premier décès en France d'un patient de 80 ans hospitalisé
- 11 mars 2020 : l'OMS déclare la pandémie de COVID-19
- 13 mars 2020 : fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités
- **17 mars 2020 : 1er confinement**
- 11 mai 2020 : déconfinement progressif de la France
- 10 juillet 2020 : fin de l'état d'urgence sanitaire.
- 20 juillet 2020 : port du masque « grand public » rendu obligatoire dans tous les lieux clos
- 27 août 2020 : face à la reprise de l'épidémie, port du masque obligatoire dans l'ensemble des espaces fermés
- 17 septembre 2020 : visites dans les EHPAD encadrées. Dans les territoires où le virus circule activement, recommandation de limiter les rassemblements familiaux et amicaux
- **29 octobre 2020 : 2ème confinement**
- 15 décembre 2020 : fin du 2eme confinement et mise en place d'un couvre-feu de 20h00 à 06h00 sur l'ensemble du territoire métropolitain
- 16 janvier 2021 : mise en place d'un couvre-feu de 18h00 à 06h00 sur l'ensemble du territoire métropolitain.
- 1er février 2021 : fermeture des commerces non-alimentaires de plus de 20 000 mètres carrés
- **18 mars 2021 : 3ème confinement**

Qu'est-ce qu'un SSIAD ?(5) (6)

Plusieurs types d'intervention composent la santé à domicile : l'Hospitalisation à domicile (HAD), les soins à domicile (SAD), les Services d'aide et d'accompagnement (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge. Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Les SSIAD ont été créés dans les années 1970, mais se sont surtout développés dans les années 1980 avec la mise en place de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées.(7)

Un SSIAD est une structure médico-sociale, publique ou privée, à but lucratif ou non, assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Il agit auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap et de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques. Selon l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, il s'occupe des activités qui participent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Les soins infirmiers d'hygiène sont assurés par les aides-soignants sous le contrôle des infirmiers. Il s'agit, plus précisément, de soins de nursing prépondérants et surtout assurés par les aides-soignants (toilette, shampooing, bain de pieds, ...), de la prévention des risques (escarres, chutes, ...), des conseils (alimentation, autonomie, ...) et de la surveillance (poids, pouls, hydratation, etc.).

Certains soins, tels que pansements, perfusions, injections ou autres sont réalisés uniquement par les infirmiers de service ou libéraux. Effectivement le SSIAD peut s'associer avec ces derniers pour assurer la prise en charge des patients.

Les SSIAD interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés. Ils couvrent chacun de trois à 14 interventions par personnes par semaine, selon la pathologie ou la dépendance, et selon les possibilités du service. Le service peut cesser à tout moment ses interventions si l'état de santé s'améliore. Toute personne prise en charge peut demander l'arrêt des interventions.

Les SSIAD ont été créés dans le but d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, de faciliter le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation et de prévenir ou retarder un placement en institution.

La prise en charge de l'utilisateur est assurée à 100% par la sécurité sociale.

Ils sont constitués d'au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, d'aides-soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels et l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, d'aides médico-psychologiques, ainsi que d'autres auxiliaires médicaux selon les besoins (pédicures podologues, ergothérapeutes...).

L'infirmier coordonnateur, responsable d'un service de soins infirmiers à domicile est un infirmier diplômé d'état. Il exerce sous l'autorité d'un directeur d'établissement (pour les SSIAD publics) ou d'un président d'association (pour les SSIAD privés).

Le développement des soins à domicile concerne principalement en France, les personnes âgées dépendantes.

Plus des deux tiers de leurs usagers sont âgés de 80 ans et plus, et ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Uniquement un quart est confiné au lit ou au fauteuil. Pour près d'un nouveau patient sur deux, le SSIAD est intervenu à la suite d'une sortie d'hospitalisation.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons choisi une étude qualitative avec une approche inspirée de la méthode par analyse phénoménologique interprétative (IPA). Cette approche a permis de se centrer au mieux sur le vécu et le ressenti des soignants du SSIAD concernant l'état de santé de la personne âgée au domicile.

2. Population

Pour effectuer cette étude, nous avons décidé de nous entretenir avec des intervenants du SSIAD comprenant principalement :

- Des aides-soignantes (AS)
- Des infirmières diplômées d'état (IDE)
- Des infirmières de coordination (IDEC)

Ces personnels de santé interviennent tous au domicile des personnes âgées dans la région Centre Val de Loire. Nous les avons interrogées afin qu'ils puissent nous transmettre leurs constatations et leur vécu concernant l'état de santé des personnes âgées durant la première année de crise sanitaire, dont le début psychologique est marqué par le premier confinement de mars 2020. Nous avons décidé de ne pas prendre en compte les patients ayant contracté la COVID-19 dans notre étude pour nous focaliser sur l'impact de la crise et non de la maladie ce qui aurait entraîné trop de biais.

3. Recueil des données

Pour effectuer cette étude, nous nous sommes procuré l'annuaire d'action sociale de la région Centre Val de Loire sur le site annuaire.action-sociale.org.

Nous avons ensuite contacté les 91 SSIAD de la liste concernée sur une période de deux semaines.

Parmi les 91 SSIAD contacté dans l'ordre de présentation de l'annuaire social, 52 nous ont répondu. Les 39 restant n'ont pas répondu, ni rappelé malgré nos messages vocaux laissés.

Nous avons envoyé aux 52 interlocuteurs par courriel un formulaire de consentement éclairé et une fiche de présentation de la thèse, afin qu'ils soient transmis à leur équipe.

Nous avons eu 22 accords de principes. Nous avons fait un échantillonnage homogène des SSIAD de la région ayant donné leur accord, en essayant de faire varier la zone d'installation (urbaine, rurale, semi-rurale), les intervenant (aides-soignantes, infirmières et infirmières de coordination), et l'âge des intervenants.

Nous nous sommes arrêtés à 16 entretiens individuels, considérant que les données recueillies étaient suffisantes pour une étude phénoménologique interprétative. Nous aurions pu arrêter l'analyse à 11 entretiens mais nous avons souhaité une homogénéité régionale.

Le recueil de données s'est fait par téléphone entre février et mars 2021. Nous avons convenu dans un premier temps d'une date de rendez-vous téléphonique. Dans un deuxième temps, après le retour signé du consentement éclairé et de la fiche d'explication du sujet de thèse, nous avons mené un entretien semi-dirigé, enregistré via l'application téléphonique androïde *E-recorder*.

Nous avons retranscrit intégralement et de façon anonymisé les entretiens avec l'application *Music Speed Changer*, permettant de ralentir la vitesse audio des entretiens enregistrés via *E-Recorder*.

4. Analyse des données

Nous avons dégagé les thèmes et super-thèmes de chaque entretien individuel sur le logiciel *Word*. Nous avons ensuite associé les différentes analyses de ces entretiens afin d'en ressortir des liens.

Nous avons enfin réalisé un codage via le logiciel *Excel*, puis une triangulation des données a été faite avec le directeur de thèse. La triangulation des données a été permise par la confrontation des analyses avec le directeur de thèse et en groupe de travail.

RESULTATS

1. Résultats quantitatifs

1.1 L'échantillon

Sur les 91 SSIAD contactés :

- 52 ont répondu,
- 22 ont donné un accord de principe,
- 16 entretiens individuels ont eu lieu

Résumé des caractéristiques des personnels du SSIAD interrogés

Entretien	Type d'intervenant	Âge (année)	Lieu d'exercice	Ancienneté au SSIAD (année)	Durée (min)	Département
1	IDEC	57	Rural	10	61	Cher (18)
2	IDE	25	Rural	2	35	Cher (18)
3	AS	37	Rural	18	30	Loir-et-Cher (41)
4	IDEC	52	Rural	16	49	Loir-et-Cher (41)
5	IDEC	25	Rural	2	31	Indre (36)
6	IDE	61	Rural	3	45	Indre (36)
7	IDEC	50	Semi-rural	16	35	Eure et Loir (28)
8	AS	61	Urbain	7	62	Loiret (45)
9	IDEC	55	Rural	7	35	Eure et Loir (28)
10	IDEC	45	Semi-rural	4	31	Eure et Loir (28)
11	IDEC	36	Urbain	2	43	Indre-et-Loire (37)
12	IDEC	47	Urbain	8	35	Loiret (45)
13	IDE	32	Urbain	10	32	Indre-et-Loire (37)
14	IDEC	57	Rural	11	51	Eure et Loire (28)
15	AS	61	Urbain	4	40	Indre-et-Loire (37)
16	IDE	24	Urbain	4	35	Indre-et-Loire (37)

1.2 Les entretiens

Les 16 entretiens ont été réalisés par téléphone. La durée moyenne d'un entretien est de 38 minutes, avec des extrêmes allant de 31 à 62 minutes.

Les intervenants interrogés sont répartis sur l'ensemble des départements de la région Centre Val de Loire. Nous en comptons quatre en Eure et Loir (28), deux dans le Cher (18), deux dans le Loir-et-Cher (41), deux dans l'Indre (36), deux dans le Loiret (45), et quatre en Indre-et-Loire. Dix d'entre eux se trouvent en zone rurale ou semi-rurale.

L'intégralité des soignants interrogés sont des femmes, dont l'âge moyen est de 44 ans. Nous avons tenté de contacter des soignants masculins, mais nous n'avons pas eu de retour de leur part. Parmi ces intervenantes, neuf sont IDEC, quatre sont IDE, trois sont AS. L'ancienneté moyenne d'exercice au sein du SSIAD est de 7,75 ans.

2. Résultats qualitatifs

Les propos recueillis des soignantes sont cités entre guillemets et en italique. [E1] signifie que l'extrait concerne l'intervenant du premier entretien, et ainsi de suite.

2.1 Impact de la crise Covid sur le quotidien de la personne âgée

2.1.1 Evènement soudain et grave qui perturbe le quotidien de la personne âgée

2.1.1.1 Aggravation d'un isolement préexistant

Les soignantes interrogées nous ont fait part d'un **isolement préexistant** concernant les personnes âgées à domicile pouvant être lié à :

- La perte d'autonomie et aux pathologies préexistantes :

« ...la perte d'autonomie parce que l'isolement en France, touche beaucoup de personnes. Mais c'est dû souvent, à soit des pathologies, c'est à dire des maladies qui viennent justement interrompre cette envie de continuer, et leur vieillesse comme elles le veulent. Mais aussi le fait que ces pathologies elles les isolent [...] ». [E8]

- La perte des sens :

« [...] le fait qu'elles perdent des sens telle que la vue, l'auditif les isolent. » [E8]

- Des troubles de la continence :

« Elles préfèrent ne pas intégrer certains groupes plutôt que d'avoir à affronter le fait qu'il faille aller se changer régulièrement. L'incontinence c'est quelque chose dont on parle très peu, et pourtant c'est quelque chose qui isole les personnes. » [E8]

- La pauvreté :

« Il y a la pauvreté qui isole. » [E8]

- La perte d'un conjoint :

« [...] le fait qu'il y a la perte du conjoint... Et vivre seul lorsqu'on a perdu quelqu'un c'est quand même terrible. » [E8]

La crise sanitaire associée à cet isolement préexistant a dégradé le moral et l'état psychologique des personnes âgées :

« La crise sanitaire venant se greffer sur toutes ces causes déjà présentes, et qu'il faut porter avec un âge avancé, a fait que je trouvais que les personnes tombaient dans l'ennui. Et en plus (silence) elles sont un peu déprimées. » [E8]

2.1.1.2 Rupture des habitudes

Les intervenantes du SSIAD nous ont rapporté une **rupture dans les habitudes des personnes âgées vivant à domicile** :

« La crise sanitaire a effectivement été pour beaucoup de personnes un coup d'arrêt dans notre vie sociale, dans le lien social surtout, et le rapport qu'on a avec les autres. Mais les personnes âgées ont été d'autant plus impactées par cela. Car elles sont déjà dans l'isolement dû à la vieillesse. » [E8]

Nous avons retrouvé une **perte des relations sociales habituelles**, causée par la crise sanitaire et les restrictions :

« La pire des choses c'est l'isolement. Il n'y a plus les échanges avec les voisins, avec le club de jeu de carte...ces petits rituels qu'elles avaient de façon hebdomadaire. « Le jeudi, je vais jouer aux cartes, le vendredi, les copines elles viennent et puis on se fait un petit goûter ou un petit apéro le dimanche. » [E8]

Certaines intervenantes nous ont rapporté que leurs bénéficiaires ont été très affectés par leur propre absence lors de moments **familiaux importants, et qu'ils ont ressenti un sentiment d'exclusion** :

« Il n'y avait plus ces moments très importants pour eux, comme les fêtes de Noël, les anniversaires. Ils ont pu nous dire que pour eux c'étaient des moments importants qu'ils n'ont pas pu partager. » [E5]

« Elles disent qu'elles en ont marre, de ne pas pouvoir voir leur famille comme elles veulent. Lorsqu'il y a des naissances dans la famille elles le disent : « ben s'il n'y avait pas le virus, j'aurais déjà vu mon nouveau petit fils ! Là je ne l'ai pas vu, je ne sais pas quand je le verrai ». Elles ont ce discours qui exprime ce manque de voir la famille. » [E10]

Dans un autre entretien, une soignante a souligné l'incompréhension des personnes âgées concernant l'arrêt des activités sociales habituelles

« Elle ne comprend pas trop pourquoi les activités ne se font pas. Pour elle, vivre pour être toute seule dans son appartement ça n'a pas de sens. » [E1]

La crise Covid a eu un **impact financier** chez certaines familles, ce qui a entraîné une **diminution du passage des aides à domicile** :

« Je sais que certaines familles ont fait le choix de diminuer les passages aussi des aides à domicile, mais plus pour des raisons financières. » [E1]

2.1.1.3 Recherche d'information

Les personnes âgées ont été nombreuses à être à la recherche d'informations afin de mieux comprendre la situation sanitaire :

Informations via les médias télévisés :

« Par rapport à plusieurs patients que l'on suit depuis des années, nous avons un certain nombre de patients qui sont en boucle sur les chaînes de télé. Lorsque l'on énumère les morts tous les jours, et puis qu'on brasse un tableau extrêmement noir de cette crise, (silence...) ça ne peut pas faire en sorte de leur rendre le moral hein. » [E1]

« Nous, il y en a qui sont H24 sur BFM TV et c'est anxiogène. Dès qu'on passe ils nous parlent de ça, des dernières nouveautés. Ils n'arrivent pas à décrocher ». [E2]

« Celles aussi qui regardent la télé, c'est gentil BFM hein, mais lorsque ça vous passe en boucle, à longueur de journée des quotas sur des personnes en réanimation, et les chiffres du Covid-19, toutes les personnes âgées, ne sont pas séniles. Elles enregistrent tout ça, et lorsqu'elles le font ça a quand même un impact sur leur mental. » [E8]

Une **obsession par la crise covid**, du fait des médias, a entraîné une **perte d'intérêt pour les autres sujets** :

« Dès qu'on passe, ils nous parlent de ça, des dernières nouveautés à la télé. Ils n'arrivent pas à décrocher. Il y a deux trois patients que dès qu'on arrive c'est pour parler que de ça, on ne peut parler de rien d'autres que du Covid, ça revient toujours » [E2]

Les **informations télévisées ont dissuadé les personnes âgées d'aller consulter leur médecin** ou même de l'appeler afin de ne pas le surcharger :

« Parce que je pense qu'avec tout ce que les gens entendaient dans les médias ils n'osaient plus aller chez le médecin ou tout simplement l'appeler. [...] Ben vous pourrez renouveler vos médicaments même si votre ordonnance n'est plus valide, vous irez à la pharmacie ». [E4]

Les **multitudes d'informations**, changeant régulièrement, ont **désorienté les personnes âgées** :

« Mon sentiment c'est que les médias au début, ils n'avaient plus que ça, et bah les personnes âgées, à un moment donné ils ne savaient plus quoi écouter et ne pas écouter, car on a tout entendu et son contraire on ne savait pas le vrai du faux. » [E4]

Les soignantes ont remarqué que les personnes âgées ont eu **du mal à se rassurer** elles même sur la situation, **à cause des informations télévisées** régulièrement **défaitistes** :

“Alors elles se disent à chaque fois « ben demain, oui ça va aller mieux », mais elles ont les infos, elles ont tout ça, elles voient bien que ça fait un an et qu'on ne s'en sort pas, elles voient bien qu'il y a toujours autant de monde en réanimation. Elles voient bien que tous les services hospitaliers se battent comme des malades pour faire ce qu'ils peuvent. [...] Et ça a un impact au niveau cérébral.” [E8]

« Ils regardent beaucoup la télévision. Beaucoup s'informe sur des chaînes de télé qu'ils ne devraient pas. (Rire) c'est difficile de rassurer les gens. Je site hein BFM tv. Beaucoup ils sont là-dessus et c'est difficile de les rassurer, ils sont anxieux. » [E15]

Informations via les équipes du SSIAD

Les patients ont ressenti un **besoin de réassurance**, qu'ils ont tenté de combler auprès du personnel du SSIAD :

« Ils sont demandeurs d'informations, [...] ; « est ce que vous avez des gens COVID ? ». Ils ont toujours cette crainte qu'on l'apporte à la maison. « Vous avez eu des décès à la maison ? ». Ils demandent un peu pour se rassurer. » [E15]

2.1.1.4 Modifications du rapport à l'aidant

2.1.1.4.1 Modification relationnelle liée aux gestes barrières

Des soignantes ont constaté que certaines personnes âgées ont eu une **incompréhension de la nécessité des gestes barrières** (masque, absence d'embrassade et de serrage de main) et l'ont vu comme un **arrêt des gestes affectifs habituels** :

« Il y en a qui ne comprenait pas au début pourquoi nous arrivions masqués. Pourquoi on ne pouvait plus se faire la bise Il y en qui aimaient bien nous serrer la main ou nous faire la bise. Il y en a qui disait qu'on considérait qu'ils avaient peste ou autre. Ils ont eu beaucoup de mal à comprendre. » [E2]

« Ça a été très difficile de les mettre en place, il a fallu faire violence. Certaines venaient pour nous faire la bise, elles avaient l'habitude. Et au début elles n'ont pas compris. Elles l'ont pris comme un refus de notre part. Elles ne comprenaient pas comment quelques choses qu'on devait appliquer, suite à des lois gouvernementales. Elles disaient « mais vous n'avez pas besoin de ça avec moi » « mais vous pouvez enlever votre masque » « mais on ne se fait plus la bise maintenant ? ». C'était dur à expliquer. J'étais émue parce que je me suis dit : « elles ont besoin de ça, et même ça on va le leur enlever. » [E8]

« [...] des personnes âgées qui avaient des difficultés avec ça. Ils ne comprenaient pas pourquoi les IDE et les AS portait un masque et des gants. Pour certaines c'était difficile pour accepter. Ils disaient : « voyons vous n'avez pas besoin de ça ! ». Et comme il y a l'isolement, nous sommes le seul contact dans la journée avec le patient. Donc voir le seul contact avec des masques et des gants, ce n'est pas le même relationnel. » [E9]

Les mesures barrières et la diminution des contacts physiques ont également entraîné une distance relationnelle, et donc un **affaiblissement de l'affect des personnes âgées envers les soignants** :

« Elles ont pris du recul. J'ai l'impression qu'on était devenu plus des étrangers. Elles s'éloignent. Avant elles nous considéraient comme des soignants qui avaient un peu de temps, qui buvaient un petit café avec elle, échangeaient sur les enfants et la famille. Maintenant nous n'avons plus tout ça, elles nous considèrent comme des gens masqués qui arrivent qui viennent faire leur travail, et puis on essuie les poignées de porte, Il n'y a plus d'affect. Elles ont pris du recul ». [E8]

« Ces bénéficiaires se sentent un peu moins proche de nous. La manière qui peut me faire dire ça : le masque, c'est quand-même quelque chose qui revient beaucoup, comme quelque chose de gênant. » [E6]

« [...] habituellement il y a certains soins qui sont faits sans gants, alors qu'aujourd'hui, les soins sont entièrement faits avec gants, y compris les toilettes du visage et autres, ce qui

n'était pas le cas avant. Donc c'est vrai que les personnes en ressentent de la gêne et sont quand même moins satisfaites et regrettent un peu ce temps-là et espèrent un retour rapide à la normale. » [E6]

Pour certaines personnes âgées, le personnel soignant qui intervenait à leur domicile durant cette période a représenté un **risque important de contamination** à la Covid-19 :

« Au début de la crise, il y a des personnes qui ont appelé pour qu'on vienne moins, pour éviter d'amener la Covid, car au début personne ne savait exactement comment les choses se passaient et tout le monde avait un peu peur. Des personnes ont dit de ne plus passer, on va s'arranger autrement, on ne sait pas trop mais voilà. Et d'autre qu'on a continué, mais que nous avons allégé. » [E14]

Une soignante nous a rapporté **une baisse de la satisfaction des soins ressentie par les personnes âgées** :

« [...] les personnes ressentent de la gêne et sont quand même moins satisfaites [...]. » [E6]

Une **altération de la compréhension des échanges liée au port du masque** et à l'impossibilité de lire sur les lèvres a été relevée, mais également une **baisse de la qualité du temps d'échange et de la complicité avec les soignants** :

« [...] En plus avec les masques elles comprennent très mal. Ça aussi j'ai remarqué, que la plupart des personnes âgées lisaient sur les lèvres. [Silence] et donc lorsqu'on a un masque, elles ne comprennent pas, elles n'entendent pas, ou comprennent un mot sur deux ou sur trois. [...] et je m'aperçois qu'en fait elles n'ont pas compris. Et je me dis comment ça se fait qu'elles n'ont pas compris. Et vous voyez de chaque côté ça fait se poser des questions, qui font perdre en fait du temps sur ce temps précieux qui pourrait être en partie pour un échange... » [E8]

2.1.1.4.2 Modification des demandes d'accompagnement par le SSIAD

- Diminution des demandes

Lors du premier confinement en mars 2020, la peur de la contamination a entraîné pour certains patients ou certaines familles un souhait de **diminuer les passages du SSIAD au stricts nécessaire, voire de les arrêter** :

“ [...] Je pense au premier confinement qu'ils ont demandé à annuler des passages, par exemple pendant le confinement de mars, ils demandaient de ne pas passer pour la toilette, de passer si une prise de sang était nécessaire. Mais ont plutôt restreint certain passage. » [E2]

- Certaines soignantes nous ont rapporté un **arrêt momentané des interventions** à domicile :

« [...] Certains ont arrêté complètement, mais lorsqu'ils ont vu que ça allait durer plus d'un mois, ils ont repris à deux fois par semaine et puis complètement. » [E2]

« Au premier confinement nous avons une dizaine de patients qui nous ont demandé d'arrêter les passages. [Réflexion...] parce que c'était vraiment l'inconnu hein.... Notamment les plus valides, ou qui avaient de la famille à côté. Pendant trois à quatre semaines on n'est pas passé. Nous les appelions toutes les semaines afin de savoir si ça allait cependant. » [E3]

- Tandis que d'autres ont évoqué un **arrêt total des passages** durant le 1^{er} confinement :

« [...] Cependant deux ou trois familles ont arrêté complètement pendant les trois mois du confinement. » [E2]

« Ils ont arrêté au moment du 1^{er} confinement de mars 2020 jusqu'en mai. Après ce sont des gens qui avaient des aidants à la maison hein. » [E15]

- Augmentation des demandes

Nous avons retrouvé une augmentation des **demandes d'échanges téléphoniques** avec le SSIAD :

« [...] Il y en a qui appellent plus souvent juste pour parler un quart d'heure, ça leur fait du bien. » [E2]

Lors du 1^{er} confinement, une **forte sollicitation** a eu lieu **en faveur du SSIAD**, du fait de la **diminution des passages des aides de vies**, notamment pour les soins de nursing :

« Alors on a eu un effet rebond, le temps du premier confinement, nous avons été malgré tout très sollicité, car effectivement les aides de vie avaient un peu délaissé les temps de toilettes parce que c'était un contact trop rapproché avec le patient quand il y a des toilettes simples, donc garder plutôt le temps de ménage parce qu'elles pouvaient prendre des distances sociales. On a donc été très sollicité. » [E4]

L'augmentation de la demande a également été liée au fait que bon nombre de personnes âgées aient **quitté les institutions dans lesquelles elles séjournaient** (maisons de retraite, EHPAD, hôpitaux, cliniques), pour **préférer le retour à domicile**, s'y sentant premièrement plus préservée d'une possible contamination, et pouvant également bénéficier de visites régulières de leurs familles, ce qui était devenu interdit en établissement de santé :

« Ils ont même fait sortir leurs parents des maisons de retraite parce qu'ils n'avaient pas droit aux visites. J'ai eu plus de deux ou trois prises en charge comme ça. » [E4]

« Les gens sont sortis des maisons de retraites [...] » [E4]

2.1.1.4.3 Rapprochement des bénéficiaires avec les soignants.

Certains patients ont été heureux de recevoir la visite des professionnels de santé et ont émis le **souhait d'échanger plus longuement avec eux et donc d'allonger leur temps de passage** :

« Les patients devenaient plus demandeur. Pour eux ça leur permettait que nous restions plus longtemps avec eux comme ça. Après nous avons eu beaucoup de demande de personnes qui relevaient plus d'un SAD (service d'aide à domicile) que d'un service de soins infirmier à domicile. Tout ça pour avoir des personnes qui viennent les voir à domicile. » [E3]

« Pour certains, ça devient plus que leur seule visite, donc ça crée quelque chose en plus au niveau relationnel [...] il y en a pour qui nous devenons plus que leur seule visite. Donc nous voyons qu'ils sont contents lorsqu'on arrive. On voit qu'ils ont envie de parler, qu'ils ont du mal à nous laisser partir ou autre. Pour certains, donc, il y a plus de demande de relationnel. » [E2]

« Donc nous voyons qu'ils sont contents lorsqu'on arrive. On voit qu'ils ont envie de parler, qu'ils ont du mal à nous laisser partir ou autre. » [E2]

« Comme ils ne voyaient que nous, ils se sont plus rapprochés des aides-soignantes. Il y avait plus d'humanité de leur part avec plus de reconnaissance de notre travail. Quelquefois il y a des personnes qui ne nous disent pas merci. Là, par rapport aux autres années, on a reçu des chocolats en fin d'année. Avec des mots de merci, merci de venir à la maison, de s'occuper de nos parents. (Donc 2ème confinement). » [E7]

Les personnels de santé des SSIAD se sont **ponctuellement substitués à la famille des patients** lors de cette période, et ont compensé en partie leur absence :

« Nous, en tant que service de soins intervenant, c'est vrai qu'ils se confient encore plus à nous, car il y avait cette distance familiale, cette perte de repère. Au début de la crise, ils ont réussi à compenser avec le personnel soignant, parce que ça faisait une visite. » [E10]

Pour d'autres patients, la crise sanitaire n'a **pas eu de retentissement relationnel** :

« [...] pour d'autres, ça ne leur change rien du tout. » [E2]

2.1.2 Perception du risque de contamination COVID par la personne âgée

- Ressenti partiellement positif

Au début du 1er confinement, la crise sanitaire a été un **phénomène inédit**, et un sujet de discussion qui n'a pas été uniquement négatif pour les personnes âgées :

« Puis c'était la situation inattendue que personne n'avait jamais vécu. C'était aussi le sujet de discussion. » [E10]

Certains patients ont pensé que la **visite de la famille leur serait forcément inoffensive** :

« Si c'était la famille qui les visitait, ils se disaient qu'ils ne craignaient rien. Ils ne risquaient pas d'attraper le COVID. Alors qu'avec le soignant, ils se posaient plus de question. » [E1]

Certaines personnes âgées **ne voyaient pas l'utilité des mesures barrières avec les intervenants qu'elles connaissaient**. Pour elles, le ressenti de danger dépendait de leur relation avec la personne :

« Nous avons un patient, avec l'auxiliaire de vie, il ne voit pas pourquoi il devrait mettre un masque, avec elles. Parce qu'il les connaît. » [E2]

- Ressenti négatif

Une lassitude et des pensées négatives ont été ressenties par les patients avec le temps :

« Et le temps passant, ben c'était moins de la discussion positive, c'était plutôt cette lassitude de la situation. » [E10]

« Mais maintenant c'est de la lassitude maintenant. « On en a marre, il faut que ça s'arrête quoi ». » [E15]

Nous avons retrouvé lors du 1er confinement, une inquiétude des bénéficiaires au sujet de la contamination par le virus :

« Mais pour les personnes en soit... c'est vrai qu'il y a eu des craintes pour la transmission du virus. » [E9]

L'inquiétude des personnes âgées a engendré un isolement protecteur, qui a eu pour conséquence un sentiment de solitude :

« En général ce qui ressort c'est le côté isolement. Euh voilà moins de visites, moins de connexion avec l'extérieur quand même, que ce soit par choix parce qu'on a des patients qui

vont vouloir se protéger, créer une bulle autour d'eux ce qui s'entend beaucoup mais la contrepartie c'est qu'ils se sentent isolés. » [E11]

Certains ont ressenti de l'incompréhension et de la colère en rapport avec les obligations liées au confinement :

« Pour certains de l'incompréhension. Pour certains de la colère. « Pourquoi les médecins ne trouvent pas un médicament ? ». Ils avaient beaucoup de questions et de réflexions : « on n'a jamais vu ça, pendant la guerre on avait le droit de sortir, et on allait se cacher au moment qu'il fallait. Mais on ne nous obligeait pas à nous enfermer comme ça ». D'autre c'était « on ne comprends rien à ce qu'il se passe ». Donc beaucoup d'incompréhension. » [E15]

2.2 Les conséquences sur l'état de santé des personnes âgées

Certains soignants ont retrouvé un impact plus émotionnel que physique :

« C'est surtout au niveau émotionnel, que nous avons remarqué des différences depuis le début.

Au niveau physique il n'y a pas eu grand-chose en tous cas. » [E2]

2.2.1 Symptômes anxiodépressifs

2.2.1.1 Troubles anxieux

Certaines soignantes ont souligné une **inquiétude importante** des personnes âgées **pour leurs proches** :

« Lorsqu'on posait la question ils ne le verbalisaient pas. Mais en cherchant un peu, ils finissaient par dire « je suis inquiet par rapport à ma famille. » Ils étaient inquiets que les membres de leurs familles soient contaminés. Ils étaient inquiets pour les autres, pas par rapport à eux même. Ils se sentait un peu protégé d'être à la maison et d'avoir toutes ces aides. » [E5]

« Elles sont dans l'angoisse pour leurs proches. Parce que du fait qu'elles ne puissent plus voir leur famille comme elles veulent. » [E8]

Des **accès de panique liés aux informations anxiogènes** des chaînes télévisées nous ont été rapportés :

« Des mouvements de panique parfois parce que ben entre ce qui est dit à la télé et la réalité ben moi je faisais l'interlocuteur du coup ; euh mais en tout cas peut-être plus d'appels et plus d'inquiétude des enfants et puis les parents qui essayaient de protéger un peu les enfants en disant « mais non tout va bien quoi. » [E8]

Une aide-soignante rapporte que l'**angoisse et l'inquiétude liées à la crise a été grandissante** pour certaines :

« C'est pesant, la crise sanitaire a altéré des choses cérébralement chez les personnes et qu'elles sont, dans l'inquiétude, vraiment dans l'inquiétude et voire même chez certaine dans l'angoisse. » [E8]

2.2.1.2 Etats dépressifs liés à l'éloignement avec la famille

Des **troubles dépressifs liés à l'éloignement avec la famille** nous ont été rapportés à de nombreuses reprises :

« Alors dépression plutôt en 2^{ème} confinement pour certains. L'isolement aussi de la famille parce que pour les personnes âgées qui sont seules à domicile et qui avaient des visites régulières de leurs enfants bah ce n'était plus le cas donc c'était compliqué. » [E12]

« Il y a bon nombre de personnes âgées qui trouvent difficiles de moins voir leur proche, surtout les plus jeunes de leur famille, (les petits enfants, les arrière-petits-enfants). J'ai rencontré beaucoup de personnes âgées qui s'en font pour ça. » [E6]

« J'en ai beaucoup, de déprimés. Des troubles cognitifs qui augmentent. Beaucoup ont perdu leurs repères. Les familles venaient moins. Nous avons effectivement vu beaucoup de changement. Je dirais que c'est à partir du deuxième confinement que nous avons vu ça. » [E3]

« Beaucoup souffrent là, sur le long terme, ils souffrent de l'isolement. De ne pas pouvoir voir leur famille. » [E3]

« Il y a quand même une souffrance. Ils l'expriment, de ne pas voir leurs enfants ou petits-enfants, ils l'expriment » [E9]

« Le moral baisse forcément, puisqu'ils voient moins leur famille. Ce sont surtout les enfants et petits-enfants qui veulent les protéger, car ce sont des personnes fragiles. Donc il y a moins de visite. « Je vois moins mes enfants, je ne vois pas mes petit enfants » Donc nous, nous sommes les seules personnes qu'ils voient dans la journée. » [E7]

2.2.1.3 Baisse de l'élan vital liée à la diminution des passages du personnel paramédical

Les différents entretiens ont évoqué un certain **élan vital procuré par la visite de divers intervenants paramédicaux habituels**, celui-ci ayant été **affaibli par la restriction de ces visites** provoquant une **difficulté dans le maintien du lien social**

« Ils ont beaucoup diminué (en parlant du moral), [...]. Nous avons remarqué que les libéraux (kiné, psychologue) venaient moins souvent. Il y avait moins de lien. Surtout au début de l'année dernière, au début du virus. Nous, c'était difficile de maintenir ce lien, ce maintien à domicile, avec cette baisse de l'élan vital. [...] c'est à dire qu'au niveau psychologique aussi c'était difficile. Surtout dans nos milieux (rire) au niveau de nos campagnes. Déjà ils n'ont pas énormément de visites, alors ils tiennent à la visite de l'infirmière, du kiné qui passera tel jour et telle heure. C'est aussi un moyen de repère pour eux qui est important. » [E5]

2.2.1.4 Développement d'idées noires

Nous avons retrouvé un **sentiment d'inutilité** chez les personnes âgées :

« Ça se voyait qu'ils étaient déprimés, parce que lorsque nous arrivions chez eux, ils étaient moins souriants. Il y avait beaucoup de paroles morbides « c'est quand que je vais au cimetière ? » « Je ne sers à rien » « c'est quand mon tour (en parlant de la mort) ? » [E3]

Également des **discours morbides** :

« Elle a eu des idées suicidaires dues au Covid. Elle ne comprend pas trop pourquoi les activités ne se font pas. Pour elle, vivre pour être toute seule dans son appartement ça n'a pas de sens. C'est surtout au niveau émotionnel, que nous avons remarqué des différences depuis le début. » [E2]

« Elles attendent pour certaines, elles attendent même la mort, elles me le disent. Puisqu'on n'a plus rien à vivre, aujourd'hui, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? » [E8]

2.2.1.5 Qualité du sommeil

Les troubles du sommeil ont été majorés, avec des réveils nocturnes dus à l'inquiétude concernant l'incertitude sur l'avenir :

« Elles ont une mauvaise qualité de sommeil qui n'est pas due souvent à des médicaments qu'elles prennent parce que le traitement est en place depuis des années, et puis rien n'a été changé. Mais on s'aperçoit qu'elles dorment moins. Mais lorsque je leur pose la question pourquoi vous dormez moins, est ce que vous avez regardé la télé, est ce que vous avez lu

quelque chose ? » Non, on se réveille la nuit, parce qu'on se demande ce qui va se passer » » [E8]

« Le sommeil était perturbé euh...il y en a quelques-uns qui ont été mis sous hypnotiques ou anxiolytiques. Le plus compliqué a été peut-être la fin du premier confinement et le 2ème en octobre en fait. En fait ils se sont dit « mon Dieu je n'ai pas envie de revivre ce que j'ai vécu...le bazar du début du confinement » alors que bon les choses roulaient un peu mieux en Octobre quoi. » [E12]

« Ils ont eu un peu plus de difficultés à dormir, liées aux angoisses de la crise actuelle. Ils parlaient de plus de difficulté à l'endormissement, plus de troubles du sommeil ou de réveils dans la nuit. » [12]

Certains soignants interviewés ont relevé une certaine perturbation du sommeil sans que celle-ci soit significative :

« Le sommeil chez la personne âgée est toujours un peu perturbé et beaucoup ont des traitements. C'est difficile à dire. Il y a eu quelque cas qui ont été plus perturbé que d'autre mais ce n'est pas la majorité. » [E14]

D'autres intervenants **n'ont pas remarqué de changements significatifs concernant le sommeil** de leurs patients :

« Pareil que d'habitude, non je ne vois pas de changement. Si on leur pose la question, oui genre lorsqu'on arrive « vous avez bien dormi ? [...] Beaucoup ont des traitements qui les aident à dormir le soir. On a quand même quelques personnes qui ont du mal à dormir, mais il n'y a rien à voir avec la situation actuelle du Covid. » [E15]

2.2.1.6 Dégradation de l'hygiène

La diminution, voir l'arrêt des visites a engendré une **perte d'envie de prendre soin de soi**, et donc une dégradation de l'hygiène :

« [...] alors ça a évolué dans le sens, effectivement il y a moins de passage, il y a un lâcher prise et ils se laissent aller. Et il y a beaucoup plus de personnes qui se laissent aller aussi. Il y a la propreté aussi, là, je me suis rendue compte avec la crise sanitaire que les personnes elles ont lâché prise sur plein de choses y compris la propreté, et prendre soin de soi. Comme elles ne sortent plus, il y en a qui s'habituent. Nous les retrouvons en robe de chambre. Et moi je leur dis, et non il faut s'habiller, il faut vous coiffer. Et puis je leur demande, est ce que vous auriez accepté d'être reçu par quelqu'un en robe de chambre si vous alliez à votre travail ? « Non » donc il ne faut pas le faire. Il faut s'habiller, il faut se laver il faut se changer, et ça la crise sanitaire ça a fait du mal là-dessus. Les personnes n'ont plus d'intérêt

à prendre soin d'elles, parce qu'elles n'ont plus de lien vers l'extérieur, il n'y a plus de motivation. » [E8]

La perte d'autonomie a elle aussi engendré **une dégradation de l'état hygiénique** :

« [...] ben l'hygiène est un peu plus compliquée parce qu'ils ont perdu un peu d'autonomie, mais en même temps ils ne veulent pas plus de passage donc c'est vrai que la toilette est un peu moins bien faite. » [E12]

2.2.2 La crise sanitaire à l'origine d'une solitude importante et une perte du goût des choses

L'isolement provoqué par le premier confinement a entraîné les personnes âgées dans une **solitude extrême, une perte du goût des choses y compris de s'alimenter et de l'envie de se lever, ainsi qu'une majoration des troubles cognitifs.**

« À partir de septembre octobre (2020), c'est à dire lors du deuxième confinement. [...] si vous voulez, la solitude, elle pousse la personne âgée dans une solitude extrême. [...] Elles le vivent, mais elles le vivent (pause) profondément, parce qu'elles perdent le goût aux choses, y compris même quelques fois, elles oublient de s'alimenter, elles n'ont plus envie de ça. Et puis elles perdent l'autonomie. » [E8]

« On a de plus en plus de personnes âgées dans le refus de se lever, qui ne veulent plus. Du coup on est obligé de stimuler pour la toilette. Et on a beaucoup plus de signalements de personnes qui sont alitées. Alors que bon, il est vrai que l'âge est là hein, mais en temps normal ils devaient se lever pour faire la toilette, mais là ne veulent plus se lever. » [E9]

« J'en ai beaucoup, de déprimés. Des troubles cognitifs qui augmentent. [...] Beaucoup ont perdu leurs repères. Les familles venaient moins. Nous avons effectivement vu beaucoup de changements. Je dirais que c'est à partir du deuxième confinement que nous avons vu ça. » [E3]

« Parce qu'elles ont moins envie de cuisiner des choses, elles ne sont plus dans le partage. Car même si elles ne voyaient qu'une fois par semaine ou par deux semaines leurs proches, elles étaient heureuses de raconter ce qu'elles avaient mangé. Elles n'ont plus ça. A leur âge une fois que le lien est rompu, elles n'ont plus envie[...] » [E8]

Une aide-soignante a évoqué une **apathie pour les activités familiales lors du déconfinement** :

« [...], qu'elles le font un peu comme un devoir. Elles vont chez les enfants parce qu'ils viennent les chercher. Mais l'échange ne semble pas trop intéressant pour elles. Ça ne les relance pas. Et pourtant il y a des activités entre générations. Elles sont souvent mamies ou arrière-grands-mères. Alors je me dis, avant elle parlaient des petits enfants et des arrière-petits-enfants, mais plus maintenant. « Vous avez bien mangé ? Oui, et qu'est-ce que vous

avez mangé ? Je ne me rappelle pas. » Mais ce sont les conséquences de l'isolement tout ça. » [E8]

Une intervenante soulève **l'appauvrissement du lien familial** à travers la **diminution de l'enthousiasme porté aux échanges familiaux rapportés aux soignants**

« . Elles n'entretiennent pas le même langage, les mêmes mots, quand elles parlent de leurs familles. Avant elles donnaient plus d'informations : « dimanche on a été manger, on a fait ceci ou cela, on a été se promener. ». Là, maintenant, lorsque je pose la même question : « vous êtes allé chez votre fils ce weekend ? ». Elles répondent « Oui » et derrière ce "oui" on sent qu'il y a un vide.[...]. Mais je sens comme si elles y vont, mais ce n'est plus comme avant. Même la relation a changé avec les familles. » [E8]

2.2.3 Perte d'autonomie et dégradation physique

Certaines soignantes ont remarqué que **la diminution des passages initialement nécessaire a eu un impact sur leur autonomie et leur capacités cognitives**, demandant une **majoration des interventions**

« [...] Quand on a repris les choses un peu plus correctement, ils étaient bien diminués au niveau de leurs capacités (réflexion...) cognitives et dépendantes. Bien altérés parce qu'ils n'avaient plus toutes les aides qui étaient mises avant et qui étaient nécessaires. [...] Et au niveau des personnes qui pouvaient encore se déplacer ou tenir encore debout pour faire les transferts (réflexion...) d'un seul coup, bah c'était plus possible quoi. » [E4]

« Ça a joué sur leur santé hein... une dégradation des patients qui étaient assez autonomes et pour qui je passais trois fois par semaine, et maintenant je passe un peu plus. » [E12]

Pour certains patients, un **maintien à domicile** a été de plus en plus **difficile**, notamment depuis le 2ème confinement, à la suite de **chutes à répétition** :

« Les sujets les plus importants abordés (entre les aides-soignants et les infirmières de coordination), étaient les hospitalisations à répétitions, pour des chutes. Les usagers qui faisaient des allers-retours aux urgences, pour des chutes, et/ou le maintien à domicile, étaient plus compliqués surtout, après le second confinement. » [E9]

Certaines soignantes nous ont indiqué que **les retards de prise en charge** ont pu entraîner de **multiples défaillances**, avec parfois pour conséquences des **hospitalisations** :

« Lors du déconfinement progressif qui a eu lieu entre mai et juillet 2020, une baisse d'activité a été retrouvée liée à la baisse de la demande des patients et de leurs familles, ainsi qu'à l'hospitalisation de certains patients » [E5]

« Au déconfinement, d'un seul coup, voilà, on a repris les gens un petit peu en charge dans les hôpitaux, qu'on ne pouvait pas avant, c'était compliqué d'avoir des rendez-vous chez les spécialistes, on disait non, Covid Covid Covid. Il y a une accumulation des défaillances qui n'ont pas été prises en charge, et là, après juin juillet là, on a connu un gros creux, car on a eu beaucoup d'hospitalisations, et des patients en moins, et pas forcément de demandes. » [E4]

« Ma dernière visite c'était hier. Pour une dégradation effectivement. Une dame qui sans doute ne s'hydrate plus assez. Qui s'alimente moins aussi. On a eu une baisse de l'état général avec un problème de troubles cognitifs et problème de mobilisation, qui avait été signalé par son médecin traitant qui m'avait demandé de passer. » [E9]

« Une espèce de syndrome de glissement avec une perte d'appétit, amaigrissement, euh un état triste, euh des pleurs pour certains. » [E12]

2.2.4 Atteintes au niveau de la prise alimentaire

Certaines intervenantes n'ont **pas** remarqué **de changement au niveau de l'état nutritionnel** de leurs patients. Pour elles, l'aspect psychologique du confinement n'a **pas** spécifiquement entraîné chez eux **de troubles alimentaires** :

« L'état nutritionnel pour nous, ça n'a pas forcément changé quelque chose. Les services d'aides continuent à faire les courses, les portages des repas ont toujours eu lieu. C'est vrai qu'on a toujours été attentif et fait le relationnel entre nutrition et escarre. Donc pour nous la période Covid n'a pas eu forcément d'impact sur la nutrition. » [E1]

« Ils avaient le portage des repas. Eux ça ne leur a pas coupé l'appétit plus que ça. [...] L'état d'esprit par rapport à la situation sanitaire n'a pas joué sur leur alimentation. Il y en a qui avaient moins mangé, mais c'était lorsqu'ils étaient malades du Covid durant les 2 à 3 semaines. » [E2]

« Moi je n'ai pas trouvé que ça avait beaucoup changé. En campagne ils ne se laissent pas aller hein [rire...] Ceux qui n'ont pas de jardin ou de moyen, il y'a le portage des repas et les aides à domicile. Ceux qui n'ont pas d'aidant, ou pas de conjoint, il y a les repas à domicile qui se mettent en place, les aides de vie sont restées même si les soins de nursing avaient diminué elles sont restées malgré tout pour cette tâche là (d'aide au repas). » [E4]

« L'état nutritionnel de la personne âgée, il n'est pas toujours satisfaisant. Ça fait longtemps que je côtoie les personnes âgées, ce n'est pas forcément là que je vois une différence avec le contexte sanitaire. Parce que bon l'état nutritionnel de la personne âgée c'est vrai que bien souvent on est vigilant, à la nutrition, à la déshydratation. Là, faire un lien avec la Covid, aujourd'hui, pour moi je n'en ferai pas vraiment un lien direct. » [E6]

« Je n'ai pas l'impression qu'il y a eu de changement. » [E10]

« *Ils ne se laissent pas mourir de faim pour la plupart. Ceux qui ont le portage des repas, ben il se nourrissent. Moi je n'ai pas vu de personnes qui se laissent dépérir.* » [E15]

Une interviewée n'a **pas remarqué d'apparition de troubles alimentaires**, mais concède qu'elle **ne s'est pas vraiment occupée de cet aspect** :

« *Je ne trouve pas de changements. Après nous ne gérons pas du tout ça, mais je n'ai pas remarqué de changements.* » [E3]

D'autres ont remarqué une **prise de poids** car les **patients mangeaient plus** et faisaient **moins d'exercice** :

« *J'ai trouvé qu'ils mangeaient beaucoup plus. Il y avait quand même les aides à domicile qui s'occupaient bien d'eux. Nous avons remarqué une prise de poids d'un à deux kilos. Il n'y avait plus énormément d'exercice, par les kinés par exemple, ou avec la famille.* » [E5]

Nous avons parfois retrouvé une **perte de poids associée à une fatigue psychologique**, et ce, malgré la surveillance, notamment après le 2ème confinement :

« *Je n'ai pas le sentiment que ça a changé. [Silence...] Je repense à une dame que nous suivait depuis 2 mois. Elle a perdu du poids malgré tout, bien que nous fassions attention. Donc il y a peut-être de la fatigue psychologique* » [E7]

Une malnutrition liée à l'anxiété a pu être observée, suite notamment à la modification de la prise en charge par les aides à domicile :

« *Il y a aussi la malnutrition qui prend place. Lorsque les aides à domicile ne peuvent plus passer ou passent mais sont limitées dans le temps et ne prennent plus le temps. Eh bien lorsqu'il y a la malnutrition ou lorsqu'il y a un manque de sommeil, il y a en fait tout plein de détails qui peuvent provoquer des maladies que nous n'aurons pas à quarante ou à cinquante ans. Parce que le corps ne réagit plus de la même façon.* » [E8]

Une soignante a constaté également une **perte de l'envie de manger**, liée à la **perte de l'envie de cuisiner**, ne pouvant le partager avec leur famille :

« *Elles l'ont évoqué et comme nous préparons les repas. Parce qu'on est aide-soignant, on y va pour la toilette tous les matins, les repas et les accompagnements. On s'aperçoit que lors des repas elles n'ont plus le goût de manger.* » [E8]

La famille moins présente a pu entraîner une **baisse de la prise alimentaire** des personnes âgées, et donc un amaigrissement :

« On a eu, c'est vrai des personnes, comme il y a un suivi qui est moins important de la famille. On a remarqué chez certaines personnes, un amaigrissement. Je pense qu'ils s'alimentaient moins. [E9]

2.2.5 Des perceptions différentes de la crise

Lors d'un entretien, une personne âgée évoque son incompréhension concernant la priorité vaccinale :

“ « Je ne comprends pas pourquoi ils veulent vacciner les personnes âgées, on est amené à mourir, pourquoi ils ne vaccinent pas les gens qui sont dehors et qui travaillent ? C'est ceux-là qui en ont besoin. ». Et je leur demande comment vous en êtes arrivés dans cette démarche-là ? « Parce que moi j'ai mes petits enfants qui sont à Lyon, moi je préférerais refuser mon vaccin et qu'ils vaccinent mes petits enfants qui vont travailler, parce que, à 88 ans, vous croyez quoi ? si je meurs de ça, mais qu'est-ce que ça peut faire ? En revanche si eux ils l'attrapent ? ». [E8]

D'autres semblent minimiser l'évènement faisant l'analogie avec les précédentes guerres mondiales ou des évènements de vie

« Alors pour la petite anecdote, j'ai fait l'entrée d'une patiente qui avait 104 ans, c'était le tout début du confinement hein donc vraiment c'était le désert à *** [...] je lui dis « alors comment vous vivez le confinement ? », elle me dit « franchement ma petite nous 39-45 à 18h c'était le couvre-feu et le premier qui sortait les Bosch ils tiraient hein donc vous savez votre couvre-feu... » [E12]

« Après je pense que l'isolement de la famille a été compliqué mais pour certains ils ont connu je pense dans leur vie pire encore. » [E2]

2.3 Aide potentielle des médecins généralistes dans la pratique en période de crise

Les professionnels interrogés nous ont globalement indiqué que leurs besoins au quotidien ne différaient pas en période de crise sanitaire par rapport à une période plus classique :

- Plus de médecin généraliste et plus de visite à domicile

« On a quand même une désertification médicale, c'est galère pour trouver des médecins traitants pour certains patients et c'est très compliqué pour que certains médecins viennent à domicile. » [E1]

- Plus de communication entre elles et avec les autres professionnels de santé :

« On ne se parle plus qu'à travers le cahier de liaison à domicile » [E1].

- Souhait d'une mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire, mais peur de la difficulté.

« Peut-être que nous de notre côté on ne va pas instituer de réunions pluridisciplinaires, c'est difficile de déplacer tout le monde. Les aides-soignantes le disent, « on a l'impression d'être seule sur le terrain. » » [E1]

- Souhait d'explication des mesures sanitaires par le médecin généraliste, qui a plus d'impact :

« Après, au niveau de la disponibilité, bien prendre le temps d'expliquer aux patients âgés les risques, les gestes barrières. » [E2]

DISCUSSION

Cette enquête a permis de mettre en évidence de nombreux impacts de la crise sanitaire concernant la santé des personnes âgées, que ce soit de l'ordre physique, psychologique, ou social.

Nous trouvons premièrement un retentissement social, caractérisé par un isolement prédominant. Ce dernier a été la cause de nombreuses conséquences psychologiques, puis physiques. Cette période particulière a été vécue par les patients de différentes façons. Certains ont tenté de trouver des solutions afin ne pas se sentir trop isolés, tandis que d'autres se sont enfermé dans leur isolement.

Cette aggravation de l'isolement, qui était préexistant pour la plupart des patients, a entraîné pour certains des syndromes anxiodépressifs, des troubles du sommeil, de l'hygiène, ou encore de l'alimentation. La perte d'autonomie a été importante pour d'autres, entraînant des chutes à répétitions, alitements ou d'hospitalisation.

L'activité du SSIAD a également été perturbée. En effet, elle a dans un premier temps connu une baisse, qui a évolué, assez rapidement, vers une hausse importante.

1. Validité interne de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Enquête de terrain

Les entretiens étant réalisés directement auprès des intervenants du SSIAD qui se déplacent au plus près des patients nous a permis de recueillir, via leur expérience et leurs constatations de l'état de santé psychologique, sociale et physiques, un visuel pertinent de l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile.

Entretiens individuels

Cette méthode d'entretien individuel a permis une plus grande liberté des intervenants dans leur propos, sans craintes de jugements par leurs pairs.

Echantillon homogène

En interrogeant au moins un membre du SSIAD de chaque département, nous avons pu obtenir une certaine homogénéité géographique.

Triangulation des données

La triangulation des données, assurée par la confrontation des analyses de l'enquêteur, du directeur de thèse, et lors de groupe de travail, a permis de minimiser la part de subjectivité et ainsi d'assurer une qualité interne de l'étude.

1.2 Limites de l'étude

Biais externe

Nous avons laissé aux participants le choix de l'horaire des entretiens, afin de faciliter l'inclusion. La majorité des entretiens ont eu lieu depuis leur lieu de travail, ce qui a eu pour conséquences des interruptions intempestives (appels téléphoniques, problèmes de réseau, interruption par un collègue) qui ont parfois été responsables d'un manque de temps et de concentration de la part des interviewés. La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu également influencer certaines réponses, en particulier lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée ou lors de la pause déjeuner.

Biais de recrutement

L'inclusion des intervenants a eu lieu de fin février à début mars 2021, soit en période de recrudescence des contaminations à la Covid, de couvre-feu et de début de vaccinations. Les intervenants ont donc été très occupés à cette période, ce qui a pu entraîner du retard dans les retours de mails et de nombreuses non-réponses. Les rappels après qu'un message vocal ait été laissé expliquant le travail de recherche ont été limités également, et souvent absents.

L'enquêteur a dû arrêter d'inclure certains départements qui donnaient leur accord mais dont il avait déjà interviewé plusieurs professionnels, afin d'en solliciter d'autres qui n'avaient pas encore participé à l'étude.

Biais de mémorisation

L'étude a été menée environ un an après le début de la crise sanitaire. La temporalité des éléments constatés était difficilement évaluable, les soignants interrogés n'indiquaient pas toujours à quel moment de la crise sanitaire ils constataient les éléments évoqués (1^{er} ou 2^{ème} confinement, début de la crise ou fin de la crise par rapport à l'interview).

Biais d'investigation

L'enquêteur, étant la personne réalisant les entretiens semi-directifs, a pu induire un biais d'investigation par sa connaissance du sujet et sa volonté de croiser les données. Certaines questions de relance ont pu laisser entrevoir son avis.

2. Validité externe de l'étude

L'objectif principal de cette thèse était d'explorer l'état de santé de la personne âgée à domicile en région Centre Val de Loire, via le vécu des soignants du SSIAD, durant la 1ere année de la crise sanitaire COVID 19.

Une étude retrouvée dans un article de la revue *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, a montré que le confinement mis en place dans le but de limiter l'extension de cette pandémie a eu des effets délétères directs dans la population gériatrique, tels que la sarcopénie et la dépression (8).

Notre travail de recherche a lui aussi retrouvé une altération des différents secteurs de l'état de santé de la personne âgée.(9).

2.1 Rupture des habitudes et exacerbation d'un isolement social préexistant

Un isolement préexistant à la crise sanitaire nous a été rapporté par les soignants interrogés. Il serait selon eux conséquent à des pathologies chroniques, une perte d'autonomie, et des troubles sensitifs (auditifs et visuels). Les difficultés financières et la perte du conjoint sont également des sources d'isolement qui nous ont été rapportées.

Pour le CESE (Conseil Economique Social et Environnemental), l'isolement social est la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger (10).

Notre étude montre que le confinement mis en place en mars 2020 en France, lors de la crise sanitaire COVID 19, a entraîné une rupture brutale des habitudes des personnes âgées exacerbant un isolement social préexistant.

Selon le Rapport d'une mission confiée par Olivier Veran (ministre des solidarités et de la santé) à Jérôme Guedj le 23 mars 2020, les mesures de lutte contre l'expansion de la Covid-19 ont eu des conséquences problématiques multiples pour les personnes âgées. Premièrement, une perte de la mobilité, incluant des difficultés matérielles, ce qui a compliqué leur vie à domicile et en institution, mais aussi un fort risque d'impact psychologique, de dépression et de dénutrition, que le confinement est venu renforcer. Des risques pathologiques accrus tels que des troubles posturaux, des chutes, ou encore des escarres, ont été également cités dans ce rapport. (11) Ce rapport est en accord avec notre étude, qui y retrouve des éléments similaires.

Les bénéficiaires ont vu nombre de leurs habitudes changer dès le début de cette période. Ces changements brutaux dans leur quotidien ont eu un impact important au niveau de leur vie, et notamment de leur isolement.

L'isolement protecteur lié aux mesures barrières a entraîné notamment une absence des personnes âgées aux événements familiaux importants tels que les fêtes de Noël, les anniversaires, ou encore les naissances, mais aussi une suspension des rencontres habituelles

et des activités ludiques de leur quotidien. Cette rupture a été pour eux à l'origine d'un sentiment de solitude et d'exclusion.

Le premier confinement a entraîné une profonde modification des relations sociales avec une intensification des relations familiales et une baisse d'intensité des relations amicales et de voisinage.(12)

2.2 Recherche d'information et de compréhension

Selon l'article « Conséquences psychopathologiques du confinement » publié dans la revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique « *l'Encéphale* », l'isolement a conduit à une perte de contact avec la réalité des événements extérieurs. Les médias sont devenus la source d'information principale, mais ont été saturés par les sujets relatifs à la pandémie. L'exposition constante à des informations concernant le virus a pu majorer l'anxiété, d'autant plus que ces informations ont pu parfois être erronées ou contradictoires.

Le trouble anxieux qui en a résulté a été nommé par le psychologue Steven Stosny « headline stress disorder » (13). On pourrait le traduire en français par « trouble anxieux lié aux médias ». Il se caractérise par une sensation de détresse ou d'anxiété, suite à la consultation de nombreuses informations. Il a ainsi été conseillé de consulter des sources fiables et à jour, et de prévoir un temps raisonnable et dédié pour s'informer de la situation. L'incertitude quant à la fiabilité des informations a pu majorer l'anxiété.

Le rapport Petits Frères des Pauvres - *Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire* montre également que outre l'aspect informationnel (annonce des mesures via les médias), le discours télévisuel a été facteur de stress et source d'angoisses pour nombre de personnes interrogées. La diffusion d'informations en rapport avec la crise de la COVID-19 semble ainsi avoir saturé l'espace psychique et relationnel de beaucoup d'entre elles. La télévision semble avoir contribué à créer et alimenter un sentiment d'incompréhension des mesures mises en œuvre face à des discours contradictoires, venant parfois nourrir une forme de défiance à l'égard de la gestion de crise(14)

Comme ce que nous avons trouvé dans la littérature, notre étude montre que la recherche d'informations sur le sujet de la Covid-19 par les personnes âgées s'est manifestée par l'action de regarder constamment les chaînes de télévision informatives. Il y avait une rupture de la diversité des informations télévisée, avec une prédominance d'informations négatives liées à la Covid. Ces informations étaient redondantes, mais aussi changeantes, et ont entraîné une perte de repères ainsi qu'une désorientation chez les personnes âgées. Ceci a eu pour conséquence de l'incompréhension chez les patients, et a été à l'origine de nombreuses questions auprès des équipes soignantes, avec une obnubilation concernant la Covid.

2.3 Incompréhension des mesures barrières et altération de la qualité des échanges

Notre travail de recherche a montré que pour les patients âgés, les soignants venant habituellement à leur domicile lors de cette période n'avaient pas besoin de mettre en place de gestes barrières. Ils ressentaient un sentiment de non-contagiosité de la personne connue. Certains patients n'ont pas compris pourquoi les gestes habituels de tendresse tels que la bise, ou le fait de se serrer la main, ont dû être arrêtés.

Ces mesures barrières, ainsi que la diminution des contacts physiques, ont également entraîné une distance relationnelle, et un affaiblissement de l'affect des personnes âgées envers les soignants qu'ils considéraient auparavant comme de la famille. Une dégradation de la tendresse de certains soins nous a été rapporté, et les personnes âgées ont parfois commencé à développer de la gêne, lorsque les soignants s'occupaient d'eux. Ils exprimaient alors une sorte de mélancolie de "l'avant Covid".

Dans le rapport petits frères des pauvres de mars 2021 sur *l'isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire*, nous retrouvons que l'influence conjuguée de la distanciation sociale – et l'isolement des lieux de vie – et de l'usage massif de technologies distancielles ont profondément et durablement marqué les personnes. Le terme « contact » fait partie des trois termes les plus spontanément évoqués quand ils sont questionnés au sujet de ce dont ils ont été privés. Ces évolutions, dominées par l'absence de tactilité voire de corporalité — contact physique, contact peau à peau, marques d'affection associées — sont diversement appréciées par des personnes qui, dans leur grande majorité, l'ont vécue comme une véritable perte, un manque, une privation à l'occasion du premier confinement.(12)

L'étude citée précédemment est en accord avec notre travail, ou nous avons trouvé que les déficits sensoriels auditif associés à l'incompréhension liée au port du masque ont altéré les échanges avec les soignants du SSIAD, ce qui a entraîné une baisse de la qualité du temps d'échange et de la complicité avec les intervenants, seuls liens physiques pour eux avec l'extérieur.

Le mémoire de Madame DU FOUR Jaëlle est en accord avec notre étude. En effet, dans cet ouvrage, plusieurs professionnels ont rapporté que le masque a été une entrave à la compréhension. De nombreuses personnes âgées ont eu des difficultés à l'écoute et ont été alors agacées de devoir faire répéter constamment les prestataires. Au niveau des soins infirmiers, une réelle distance s'est installée puisque les infirmières avaient pour habitude de faire la bise, de prendre la main ou de caresser le bras pour reconforter les bénéficiaires. La distanciation sociale n'a plus permis de tels actes d'affection.(15)

2.4 Evolutivité de la demande de prise en charge

L'étude « Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile » réalisé en Belgique, a également montré que pour certains professionnels de première ligne, la première vague a été synonyme de chômage économique. Pour d'autres, elle a été équivalente

à une baisse des demandes et à l'arrêt de certaines prestations jugées moins importantes comme les aides à la toilette deux fois par semaine. La diminution des bénéficiaires dans le secteur des soins infirmiers a été très importante, chutant d'un quart en avril 2020. L'activité des professionnels a également fortement diminué, mais pas uniquement durant la première vague. La régression est moins importante durant la seconde vague, mais est néanmoins présente.(15)

Dans le rapport Petits Frères des Pauvres nous retrouvons que des suspensions de soins et/ou de visites d'aide à domicile l'étaient à la demande des personnes elles-mêmes, en raison de la peur pour soi-même et/ou son proche d'être contaminé par le professionnel de soin ou par l'aide à domicile.(12)

Ces deux études sont concordantes avec notre travail, puisqu'au début du premier confinement les passages des professionnels du SSIAD a été limité au strict nécessaire voire arrêtées par certains patients et/ou familles.

Cependant en deuxième partie du 1er confinement, une forte sollicitation a eu lieu en faveur du SSIAD, du fait de la diminution des passages des aides de vies, notamment pour les soins de nursing.

Certains patients ont également été demandeurs d'un passage à domicile plus long dans la durée et d'échange téléphonique.

Par ailleurs, notre étude a révélé une augmentation de la demande de prise en charge liées au retour à domicile de personnes âgées placées en institutions. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'éléments similaires mais avons trouvé pertinent de l'évoquer. Nous supposons alors que ce retour au domicile serait en lien avec un sentiment de sécurité plus important et la possibilité de maintenir un contact familial qui était interdit en institution. Cependant, dans notre étude il a été remarqué une augmentation des décès non liés au COVID, nous imaginons qu'il pourrait s'agir soit de personnes voulant décéder à domicile proche de leur famille soit d'un manque d'accompagnement médical et paramédical adapté.

2.5 Episodes dépressifs caractérisés

Les personnes âgées ont ressenti de la panique et de l'anxiété. Ces sentiments liés aux informations anxiogènes des chaînes télévisées et au fait que les informations n'étaient pas claires et fixes dans le temps, ont entraîné un syndrome anxiodépressif important.

Une inquiétude importante pour leurs proches a souvent été mise en avant.

Nos entretiens ont révélé la présence de troubles anxiodépressifs liés à l'isolement et à l'éloignement avec la famille, notamment avec les petits enfants. Cette dépression a été plus importante lors du 2ème confinement, avec pour causes notamment la longue durée de la crise, et l'arrivée de l'automne qui a pu engendrer une possible dépression saisonnière associée.

Les mesures sanitaires restrictives, engendrant l'arrêt des activités habituelles, a aggravé l'isolement préexistant et les fragilités liées à l'âge. Parmi les manifestations psychologiques retrouvées, nous pouvons citer l'ennui, la dépression, la solitude, le sentiment d'inutilité. Ces manifestations sont même allées jusqu'aux idées morbides.

Cet isolement a été à l'origine de syndromes de glissement difficilement récupérables selon certains intervenants du SSIAD. La perte de repères, exacerbée par les troubles préexistants et la diminution des passages professionnels, a engendré une augmentation de la dépression.

Nous avons retrouvé une baisse de l'élan vital liée à la perte des liens sociaux (diminution des passages de soignants habituels) ce qui a rendu difficile le maintien du lien social.

Un article de la revue "l'encéphale" abordant le sujet des conséquences psychopathologiques du confinement, nous a permis d'en relever certaines, connues d'une telle période. On y retrouve notamment comme dans notre étude l'ennui, l'isolement social, le stress, le manque de sommeil, l'anxiété, la dépression, les conduites suicidaires, (2). D'autres éléments cités dans cet article tels que le trouble de stress post-traumatique, les conduites addictives et les violences domestiques n'ont pas été révélés dans cette étude, mais montre qu'une vigilance pour ces éléments est nécessaire.

Des études réalisées en Chine ont montré que les mesures sanitaires mises en place pour contenir l'épidémie tels que la mise en quarantaine ou le confinement, ont exercé une pression sur la santé mentale (2).

Les personnes âgées ont eu le sentiment que leur temps était compté et que, lorsque les choses allaient revenir à la normale, il serait trop tard pour elles.

Un sentiment de lassitude et d'agacement lié à la longue durée de la crise chez certains patients a été retrouvé, avec l'impression que la crise n'aurait pas de fin. Les mesures de distanciation sociale ainsi que la période automnale arrivant ont été sources d'anxiété.

En France, selon une étude réalisée sur la population générale hors période COVID, la dépression toucherait 11,3% des plus de 75 ans (16).

Lors du 1er confinement, une étude mesurant un large panel de symptômes psychologiques tels que l'anxiété, la dépression ou la compulsion, a été effectuée auprès de 52 000 personnes. Elle a montré que 35 % des participants ont présenté des symptômes légers à modérés, et 5 % des symptômes nécessitant un recours aux soins. (2)

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* a modifié l'ancienne terminologie « Episode Dépressif Majeur » pour devenir « Episode Dépressif Caractérisé » (EDC) (17). L'OMS définit l'EDC comme un trouble mental courant, caractérisé par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration (16).

Les différents symptômes évoquant un EDC énumérés ci-dessus nous permettent de faire un lien avec notre étude, et de faire un diagnostic d'EDC.

2.6 Troubles du sommeil

Le confinement a représenté un facteur de stress important, qui a augmenté le risque de développer des symptômes d'insomnie voire un réel trouble d'insomnie si les symptômes persistaient dans le temps, au-delà d'une durée de 3 mois. (2) (18)

L'impact du confinement sur le sommeil a pu encore être majoré chez les personnes vivant seules, en particulier chez les personnes âgées. (2)

Nous avons en effet retrouvé une majoration des troubles du sommeil chez les patients concernés par notre étude, incluant des réveils nocturnes, notamment dus à l'inquiétude concernant l'avenir.

Chez l'homme, le rythme veille-sommeil dépend d'un certain nombre de paramètres environnementaux (synchroniseurs extérieurs) pour pouvoir bien fonctionner. On compte comme paramètre principal l'exposition à la lumière du jour, mais peut dénombrer aussi l'activité physique durant la journée (notamment le matin), des repas à horaires réguliers, et des interactions sociales.

En situation de confinement, la majorité de ces synchroniseurs se sont trouvés fortement perturbés, en conséquence de quoi des troubles du sommeil et des rythmes "veille-sommeil" ont pu apparaître. (2) (19)

Selon une synthèse d'experts parue dans la revue "*médecine du sommeil*", abordant le sujet des stratégies de gestion de l'impact du confinement sur le sommeil dans le contexte de pandémie Covid, il apparaît essentiel de veiller aux besoins de sommeil, afin d'en limiter ses perturbations et d'en réduire les risques psychologiques et infectieux. Ceci serait possible grâce au maintien d'un rythme régulier, de comportements de sommeil adaptés, d'un temps de sommeil suffisant et de stratégies comportementales contre l'insomnie. (19)

2.7 Apathie et perte d'autonomie

Le confinement et ses conséquences peuvent être apparentés à un enfermement carcéral, une étude longitudinale a permis de randomiser l'emprisonnement en conditions de confinement solitaire versus non solitaire. Les résultats ont confirmé que le confinement solitaire engendrait plus de morbidité psychiatrique que l'emprisonnement non solitaire (29 % vs 15 %), avec principalement de l'anxiété et de la dépression. (2)

Le psychiatre Stuart Grassian et la consultante Nancy Friedman ont identifié dans un article plusieurs facteurs influençant les effets de l'isolement carcéral sur la santé mentale. On retrouve parmi eux le degré de privation sensorielle, la durée de l'isolement, la perception de

la personne isolée sur les raisons de son confinement ainsi que la personnalité et le fonctionnement psycho-cognitivo-social des individus incarcérés. (20)

Ces études, même si elles évoquent l'emprisonnement carcéral retrouvent plusieurs similitudes avec notre travail, puisque les intervenants du SSIAD ont pu rapporter lors des entretiens un déclin de l'entrain des personnes âgées et une anxiété importante face à leur avenir et à celui de leur proche. Par ailleurs, les différents facteurs influençant les effets de l'isolement sur la santé mentale évoqués par le psychiatre Stuart Grassian sont largement cités tant par les professionnels que par les patients.

2.8 Etat nutritionnel (avis partagés)

2.8.1 Absence de malnutrition remarquée

Nous aurions pu imaginer que les troubles nutritionnels auraient été majoritairement révélés dans cette étude, cependant, lors des interviews, la moitié des intervenantes nous ont dit ne pas avoir remarqué de troubles alimentaires ou nutritionnels durant l'ensemble de la période étudiée, et ont ajouté que l'aspect psychologique du confinement n'avait pas entraîné chez eux de troubles de ce type. Une interviewée n'a pas remarqué d'apparition de troubles alimentaires, mais concède qu'elle ne s'est pas vraiment occupée de cet aspect.

2.8.2 Apathie et malnutrition

Certaines soignantes ont au contraire remarqué une prise de poids car les patients mangeaient plus et faisaient moins d'exercice.

Comme l'a décrit A.Mengin and al dans *Conséquences psychopathologiques du confinement*, le confinement rend l'alimentation plus accessible et disponible (c.-à-d., stocks alimentaires accrus), renforçant la saillance émotionnelle de l'alimentation et de ses stimuli déclencheurs, et donc le risque de TCA. L'exposition plus importante aux publicités alimentaires (via l'exposition accrue aux médias) pourrait s'accompagner chez certains d'un *craving* alimentaire plus intense, de compulsions alimentaires, et d'une prise de poids à court et à long terme.(2)

Lors du second confinement en octobre 2020, il y a eu plus de symptômes de dépression caractérisée et de malnutrition, possiblement liés à l'automne et à la durée de la crise.

Il y a une apathie liée à l'isolement entraînant une perte d'autonomie et des oublis alimentaires.

Le volume de décembre 2020 de la revue *Neurologie-psychiatrie-Gériatrie*, rappelle que, chez la personne âgée, la limitation des déplacements liée à ces mesures de confinement a entraîné une sédentarité « imposée », qui, associée à la perte musculaire physiologique liée à

l'âge, a pu majorer une dénutrition préexistante et une sarcopénie chez les personnes âgées. Avec le confinement, les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant au domicile ont pu donc voir leur masse musculaire diminuer avec, comme lourdes conséquences, un déclin fonctionnel, responsable d'une perte d'autonomie. (21).

Dans l'article de J.C.Desport and al, *évolution de l'état nutritionnel de 579 résidents de 9 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant/après confinement* nous retrouvons que malgré l'absence de mortalité par COVID-19, les résultats suggèrent un retentissement très négatif de la période de confinement sur l'état nutritionnel des personnes, avec un passage de 11,0 % de dénutrition + dénutrition sévère avant confinement à 19,7 % après. Cette dégradation peut être en rapport avec des modifications d'alimentation, mais plus probablement avec les perturbations importantes en termes de vie psychologique, d'organisation de la vie quotidienne et d'isolement par rapport aux familles.(22)

3. Perspectives

Au cours du travail de recherche, nous avons constaté que malgré les différents types de personnels de SSIAD interviewés, les entretiens avec les aides-soignantes nous ont permis d'obtenir plus d'informations concernant les divers aspects de l'état de santé de la personne âgée. Nous pouvons l'expliquer grâce au rôle de l'aide-soignante auprès de ce public, dont la nature des soins pratiqués est plus intime, et qui a un temps de soin auprès de la personne âgée plus important. Il serait donc intéressant lors d'un autre travail de recherche, d'interroger uniquement des aides-soignants de la région Centre Val de Loire, ou même de façon comparative dans une autre région.

En outre, à travers le discours des soignantes, nous avons remarqué une difficulté d'échange avec les médecins généraliste. Il existe parfois un sentiment de solitude des équipes sur le terrain. Il pourrait donc être intéressant de réaliser un travail de recherche qui consisterait à étudier la coordination entre des médecins généralistes et des équipes soignantes à domicile, au cours de la crise sanitaire dans la région, afin d'éventuellement en optimiser les rouages.

Certaines études liées aux précédentes crises sanitaires (SARS-CoV-1 en 2002, H1N1 en 2009) ont souligné que le risque de dépression lié au confinement peut être différé puisque, par exemple, en Chine, 30 mois après l'épidémie SARS-CoV-1 ,15,6 % des survivants ont été en dépression.(21) (23). Par ailleurs, une autre étude a rapporté pour l'épidémie H1N1 une prévalence de 28 % de troubles de stress post-traumatique (TSPT) chez des sujets confinés. En comparaison, 7 % seulement des sujets non confinés en ont été victimes. (24). Ainsi, il pourrait être intéressant d'étudier les effets de la pandémie COVID-19 sur les troubles anxio-dépressifs des personnes âgées sur le moyen et long terme.

Il paraîtrait également intéressant que le médecin traitant ait la possibilité d'augmenter les échanges avec les patients à risque, et notamment de leur expliquer l'importance de limiter l'usage de la télévision lié aux chaînes d'informations, pour prévenir l'anxiété et la désorientation qu'elle pourrait provoquer. Pour ce faire, il serait intéressant de réaliser une consultation avec les patients les plus à risque de dépression, repérés par les équipes d'aide à domicile, que ce soit en présentiel, par visio, ou par téléphone. Cela requerrait donc d'améliorer le travail en réseau, en mettant en place par exemple des réunions pluridisciplinaires.

Une anticipation des conséquences des mesures de distanciation sociale serait nécessaire dans le cas d'un nouveau confinement, mais serait également à utiliser quotidiennement chez les personnes âgées, déjà isolé socialement.

Un article nommé « *Exercice in people over 85* » paru dans *The BMJ*, montre qu'une activité physique, quelles que soient les capacités physiques résiduelles du sujet, aurait un effet positif sur la santé des personnes âgées, même au-delà de 80 ans(25). Plusieurs modèles d'activités ont été étudiés avec des résultats positifs sur le renforcement musculaire et la prévention de la perte d'autonomie. De plus, un chercheur (26) a démontré que la marche le long d'un corridor avec un lever de chaise répétée durant 20 minutes chaque jour, permettrait une moindre aggravation de la dépendance chez les patients âgés de 88 ± 5 ans. L'idéal étant, bien sûr, la marche en plein air. Ainsi, nous pourrions évaluer les bienfaits d'une activité physique sur l'état psychologique des personnes âgées se disant souffrir de dépression ou d'anxiété suite à la crise sanitaire.

CONCLUSION

Les entretiens menés ont permis de révéler les impacts de la crise sanitaire sur le quotidien des personnes âgées. Parmi eux, nous retrouvons en priorité l'isolement de cette population. Bien que préexistant, il a été majoré, et a été entraîné notamment par une rupture des habitudes importantes, et par un sentiment d'exclusion lié à l'absence des moments familiaux habituels.

Nous avons pu observer une atteinte de l'ensemble des secteurs de l'état de santé (psychologique, social, et physique), avec une forte prévalence de l'aspect psychologique et social.

D'un point de vue psychologique, des symptômes d'un épisode dépressif caractérisé ont été découverts, tels que la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, le sentiment de culpabilité ou de faible estime de soi, ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit.

La majorité des soignantes interrogées ont mis en avant le rôle délétère qu'ont joué les médias sur l'état psychologique des personnes âgées, qui avaient pour la majorité d'entre eux, développé une forme d'obsession pour le sujet de la crise sanitaire.

Des dégradations physiques et cognitives, entraînant une perte de l'autonomie et des chutes à répétitions, ont complété les conséquences des mesures sanitaires et de l'isolement social. Les retards de prise en charge ont quant à eux entraîné de multiples hospitalisations ainsi que des décès non liés à la COVID-19.

Pour finir, les soignantes interrogées nous ont globalement indiqué que leurs besoins en tant que professionnelles de santé s'occupant au quotidien des personnes âgées ne différaient pas en période de crise sanitaire par rapport à une période plus classique. Elles ont émis le souhait d'une augmentation des visites à domicile de la part des médecins généralistes, ainsi que celui de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire, afin notamment de leur éviter un sentiment de solitude face à certaines prises en charges difficiles.

Ces échanges riches et constructifs avec des professionnels de santé intervenants à domicile, nous amènent à nous questionner sur la façon dont le médecin généraliste pourrait se coordonner à ces équipes afin de les accompagner de la meilleure façon possible, en les préservant de ce ressenti de solitude, auquel ne devrait être confronté aucun soignant.

BIBLIOGRAPHIE

1. plan_protection-personnes_agees_a_domicile-covid-19_1_.pdf [Internet].[cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_protection-personnes_agees_a_domicile-covid-19_1_.pdf
2. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. L'Encéphale. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S43-52.
3. Dubost CL (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. :40.
4. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet].[cité 10 sept 2022]. Gouvernement.fr.. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
5. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) . [Internet].[cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
6. Trabut L. Nouveaux salariés, nouveaux modèles: le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. 2011;356.
7. CM. 6 août 1980 Les actions en faveur des personnes âgées.[Internet].].[cité 12 sept 2022] vie- publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/151648-cm-6-aout-1980-les-actions-en-faveur-des-personnes-agees>
8. Maamar M, Khibri H, Harmouche H, Ammouri W, Tazi-Mezalek Z, Adnaoui M. Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2020;20(120):322-5.
9. Constitution [Internet].[cité 10 sept 2022] Disponible sur:<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
10. Serres - Combattre l'isolement social pour plus de cohésion.pdf [Internet].[cité 10 sept 2022] Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/2017/2017_17_ensemble_social.pdf
11. Rapport d'étape n°1 et principales recommandations de la mission confiée par Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé à Jérôme Guedj le 23 mars 2020: Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement
12. RAPPORT PETITS FRÈRES DES PAUVRES:ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES : LES IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE [Internet].[cité 10 sept 2022] Disponible sur: https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/1726/download/2021_rapportPFP_HD-min.pdf?v=1&inline=1
13. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19 Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy. avr 2020;23(2):259-60.
14. RAPPORT PETITS FRÈRES DES PAUVRES:ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES : LES IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE.

15. Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile.
mémoire de Madame DU FOUR Jaëlle

16. Principaux repères sur la dépression [Internet].[cité 15 sept 2022] Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
17. Collège national des universitaires en psychiatrie et al. - 2016 - Référentiel de psychiatrie et addictologie psychi.pdf [Internet].[cité 10 sept 2022]Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-psy-addicto-AESP.pdf>
18. Altena E, Baglioni C, Espie CA, Ellis J, Gavrilloff D, Holzinger B, et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res.* 2020;29(4):e13052.
19. Stratégies de gestion de l'impact du confinement sur le sommeil : une synthèse d'experts | Elsevier Enhanced Reader [Internet].[cité 10 sept 2022] Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1769449320300388?token=228E041E4FC9FC70FDF413385E7A4B01E55D0F98CFECBAEADF6D24A813EC857F36412F71BB1A07AD270BFFBA99CCC780&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220913031416>
20. Grassian S, Friedman N. Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement. *Int J Law Psychiatry.* 1 janv 1986;8(1):49-65.
21. ScienceDirect Full Text PDF [Internet].[cité 10 sept 2022].Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483020301653/pdf?md5=6f0051b4f058c8f4a65a02b17fb1fa6f&pid=1-s2.0-S1627483020301653-main.pdf&isDTMRedir=Y>
22. Desport JC, Villemonteix C, Boussageon M, Guitard M, Humbert L, Ballussaud C, et al. Évolution de l'état nutritionnel de 579 résidents de 9 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avant/après confinement. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 avr 2021;35(1):31.
23. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* juill 2004;10(7):1206-12.
24. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Med Public Health Prep.* févr 2013;7(1):105-10.
25. Izquierdo et al. - 2020 - Exercise in people over 85.pdf.
26. Ortiz-Alonso J, Bustamante-Ara N, Valenzuela PL, Vidán-Astiz M, Rodríguez-Romo G, Mayordomo-Cava J, et al. Effect of a Simple Exercise Program on Hospitalization-Associated Disability in Older Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2020;21(4):531-537.e1.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : Exploration de l'état de santé de la personne âgée à domicile, à travers le vécu du personnel du S.S.I.A.D. de la région Centre Val de Loire durant la 1ère année de la crise sanitaire COVID-19.

Question de thèse : Comment a évolué l'état de santé des personnes âgées au domicile durant la période de crise sanitaire COVID-19, selon le personnel soignant du SSIAD de la région Centre Val de Loire ?

Objectif principal : Repérer les changements constatés par le personnel soignant du SSIAD sur l'état de santé des personnes âgées au domicile, pendant la crise sanitaire COVID-19.

Présentation de la personne interrogée :

→ Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

Questionnaire quantitatif pour définir les caractéristiques des participants :

- Sexe

- Age

- Quel est votre activité professionnelle ?

- Dans quel département exercez-vous ?

- Dans quel milieu exercez-vous ? (Rural, semi-rural, urbain ?

- Depuis combien de temps exercez-vous au SSIAD ?

- Avez-vous une autre activité, en dehors du SSIAD ? Si oui, laquelle ?

- Depuis combien de temps prenez-vous en charge les personnes âgées -

Combien de personnes âgées avez-vous pris en charge sur la dernière année ?

- Avec combien de médecins collaborez-vous ?

- modalité d'échange avec le médecin traitant ?

Mise en condition :

→ Pouvez-vous vous remémorer votre dernière visite chez une personne âgées et me parler des choses que vous avez constaté sur son état de santé au cours de la crise sanitaire chez ce patient ,puis chez d'autre si vous y pensez ?

Question de relance si besoin :

1) Aspect psychologique des personnes âgées

Quels changements avez-vous remarqué concernant le moral des personnes âgées depuis le début de la crise sanitaire ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

2) Aspect relationnel des personnes âgées

Sur le plan relationnel, quels changements avez-vous remarqué pendant la crise sanitaire ?

Sous-question :

- Comment décririez-vous votre relation avec les personnes âgées depuis le début de la crise sanitaire ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

- Quels changements avez-vous remarqué concernant la relation entre la personne âgée et sa famille ?

- Comment décririez-vous la relation entre les personnes âgées et leurs médecins au cours de la crise sanitaire ?

3) Etat nutritionnel de la personne âgée

Que pensez-vous de l'état nutritionnel des personnes âgées depuis le début de la crise sanitaire ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

4) Etat du sommeil de la personne âgée

Que pensez-vous du sommeil des patients depuis 1 an ?Que vous disent-ils de leur sommeil ?

5) Etat d'hygiène de la personne âgée

Que pensez-vous de l'état d'hygiène des personnes âgées depuis le début de la crise sanitaire ?

6) Rythme de la prise en charge

Comment a évolué vos demandes de prise charge depuis 1 an ? Comment ont évolué les attentes des personnes âgées à votre égard ?

7) Pistes d'amélioration

Comment peut-on vous aider à mieux prendre en charge vos patients âgés au cours de cette crise sanitaire ?

Il y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez aborder concernant ce thème qui n'ont pas été abordés lors de cet entretien ?

ANNEXE 2 : Formulaire d'information et de consentement éclairé

1. Présentation du cadre de l'étude

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de thèse de M DEIE Mickaël, (Interne en médecine générale à l'université de Tours), dirigé par le Dr CHAUMONT Benoit (médecin généraliste à Chatillon-sur-Loire), Exploration de l'état de santé de la personne âgée à domicile, à travers le vécu du personnel du S.S.I.A.D. de la région Centre Val de Loire durant la 1ère année de la crise sanitaire COVID-19.

Déroulement de la participation

Il s'agit d'un entretien individuel, dans un lieu de votre choix. Il aura une durée 30min et il sera enregistré avec votre consentement. L'entretien concerne votre expérience personnelle et vos pratiques. Les questions seront ouvertes afin de vous laisser le plus de liberté possible dans vos réponses.

2 Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment.

3 Confidentialité et gestion des données

Cet entretien sera enregistré, néanmoins les données vous concernant seront anonymisées et votre nom ne sera jamais cité.

4 Remerciements

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche et je vous remercie vivement d'y participer.

5 Signatures et consentements spécifiques

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à ce projet de thèse. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but et la nature. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, quant à ma participation à ce projet.

Date: _____

Signature du participant, de la participante

ANNEXE 3 : PRESENTATION DU PROJET DE THESE

Les crises sanitaires mondiales sont récurrentes et sont responsables d'un fort taux de décès. Parmi elles, nous avons connu la grippe A H1N1 en 2009.

Depuis 1 an, nous vivons une nouvelle crise sanitaire liée à la COVID 19, qui touche particulièrement les personnes âgées avec un taux de mortalité important.

Par ailleurs, depuis l'apparition de cette crise sanitaire, une évolution de l'état de santé des personnes âgées peut être constatée alors qu'elles ne sont pas positives à la COVID 19. Les personnels soignants des Services De Soins Infirmier A Domicile font partie des acteurs principaux de la prise en charge au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il paraît donc intéressant d'interroger ces personnels soignants, premiers témoins d'une modification de l'état de santé de la personne âgées pendant cette crise sanitaire.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaiterais donc prendre contact avec vous, afin de réaliser un entretien individuel pour connaître votre ressenti et votre vécu de l'état de santé, des personnes âgées que vous prenez en charge.

Cet entretien durera environ un trente minutes et pourra éventuellement avoir lieu à distance. Merci pour votre participation.(téléphone, skype)

DEIE Mickael

Interne en médecine générale, CHU de Tours

Vous pouvez me joindre :

Par téléphone : XXXXXXXX

Par mail : XXXXXXXX

Vu, le Directeur de Thèse : Dr. Benoît CORSEAU



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de
Tours ; Tours. le

DEIE Mickaël

65 pages – 1 tableau – 3 annexes

Résumé :

Introduction : La crise sanitaire liée au Covid-19 a entraîné des répercussions sur l'état de santé de la population âgée vivant à domicile. À travers l'entretien avec des soignants du S.S.I.A.D. et leur vécu, nous allons explorer comment a évolué l'état de santé de cette population. L'objectif de cette thèse est donc d'explorer l'état de santé de la personne âgée au domicile en région Centre Val de Loire, via le vécu des soignants du SSIAD, durant la 1ere année de la crise sanitaire COVID 19.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode par analyse phénoménologique interprétative. À partir d'un échantillon homogène, nous avons interrogé à travers la réalisation d'entretiens individuels, des soignants travaillant au sein de SSIAD répartis dans l'ensemble de la région Centre-Val de Loire.

Résultat : Cette étude a mis en avant différents impacts de la crise Covid sur le quotidien de cette population. Elle a fait apparaître une rupture dans les habitudes des personnes âgées, avec l'aggravation d'un isolement préexistant et une perte d'autonomie. Les médias ont joué un rôle non négligeable dans le syndrome anxiodépressif. Les mesures barrières et la diminution des contacts ont entraîné un repli sur soi de ces personnes vulnérables.

Discussion : La dégradation de l'autonomie et de l'état psycho-cognitif des personnes âgées à domicile a été révélée en majorité, comme dans de nombreuses études. La crise sanitaire a exacerbé un isolement préexistant. Une adaptation de la prise en charge et de la surveillance du patient âgée à domicile par le médecin généraliste en collaboration avec les équipes de SSIAD est nécessaire.

Mots clés : Personne âgée, COVID-19, SSIAD, vécu, domicile, état de santé

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE
Directeur de thèse : Docteur Benoit CHAUMONT
Membres du Jury : Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeure Théodora BEJAN-ANGOULVANT

Date de soutenance : 13 octobre 2022