



Application des Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens en période de COVID-19



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Remerciements

Ce document a été créé en collaboration avec la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et soutenu par le groupe d'experts-conseil et de référence en matière de santé mentale des aînés de la Commission de la santé mentale du Canada.

This document is available in English

Suggestion de citation : Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Application des Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens en période de COVID-19*. Ottawa, ON.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2021

Avec le financement de



Santé Health
Canada Canada

Les points de vue représentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN: 978-1-77318-252-0

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada

Contexte

La santé mentale des aînés est aussi importante que la santé mentale aux autres âges de la vie, mais elle ne reçoit pas toujours l'attention et les services dont elle a besoin. La COVID-19 a affecté de façon disproportionnée les aînés au Canada : la plupart des décès liés à la COVID-19 se produisent en résidences de soins de longue durée. Les effets les plus évidents de la COVID se trouvent dans la santé physique, mais la pandémie a aussi eu des répercussions profondes sur la santé mentale des aînés. Il est crucial que le système de soins de santé réponde aux répercussions actuelles et futures de cette pandémie sur la santé mentale en travaillant vers un système de service intégré qui fasse la promotion du bien-être, incorpore la prévention et l'intervention rapide, et assure des soins de qualité grâce à différents services de santé, de santé mentale et sociaux.

Les Lignes directrices

Les [Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens](#) (ci-après, les Lignes directrices) procurent des recommandations basées sur des données probantes aux fournisseurs de service et décideurs afin de veiller à avoir un système de service complet qui fasse intervenir la santé mentale des aînés dans différents milieux. Les principes et recommandations des Lignes directrices peuvent servir de guide pour mieux soutenir la santé mentale des aînés pendant et après la pandémie.

Cet outil mentionne 7 domaines où la COVID-19 a eu de lourdes répercussions sur la santé mentale des aînés et contextualise chacun d'entre eux dans les réalités actuelles en discutant (1) de ce que nous savons déjà sur chacun de ces sujets, (2) de la façon dont la COVID-19 peut affecter ces domaines et (3) de la façon dont les Lignes directrices peuvent être utilisées pour orienter l'action dans ces domaines. Voici les sept domaines en question :

- L'isolement social
- Les problèmes de santé mentale et maladies mentales
- La démence et les troubles neurocognitifs
- Les soins de longue durée/en hébergement
- Les aidants
- L'âgisme
- Les populations prioritaires

Table de matières

L'isolement social	5
Les problèmes de santé mentale et maladies mentales	7
La démence et les troubles neurocognitifs	11
Soins de longue durée/en hébergement	13
Les aidants	16
L'âgisme	18
Les populations prioritaires	20
Bibliographie	22



L'isolement social



Que savons-nous déjà de l'isolement social des aînés?

- On estime que 30 % des aînés canadiens sont socialement isolés ou à risque de le devenir¹.
- L'isolement social peut avoir des répercussions négatives sur la santé physique, la santé mentale, la qualité de vie et peut entraîner de la détresse émotionnelle en raison de la solitude et de la dépression^{2,3}.
- L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement a trouvé que, chez les participants âgés de 75 ans et plus, 30,8 % ont rapporté se sentir seuls, ce qui a été fortement associé à l'écran de dépression de l'étude⁴.
- Les aînés ayant un problème de santé physique ou mentale ont été identifiés comme étant à plus grand risque d'isolement social⁵.
- Les aînés des Premières nations, Inuits et métis (PNIM), les aînés qui sont immigrants ou nouveaux-arrivants au Canada, et les aînés 2SLGBTQ+ ont aussi été identifiés comme étant à plus grand risque d'isolement social⁵.



De quelle façon la COVID-19 pourrait-elle affecter l'isolement social des aînés?

- Conformément à la réglementation et aux recommandations gouvernementales, les Canadiens ont dû s'isoler de tous ceux qui ne vivaient pas dans le même domicile pendant une période de temps prolongée, ce qui a grandement diminué les contacts sociaux.
- Les aînés vivant dans la communauté ont probablement moins de contact avec leur famille et leurs amis parce qu'ils prennent des précautions supplémentaires.
- Les aînés qui demeurent dans les établissements de soins et résidences pour retraités n'ont pas eu le droit de recevoir de la visite d'aidants externes ni de leurs proches, et la plupart des activités sociales institutionnelles structurées ont été abrégées ou mises en pause dans ces établissements au Canada pendant la pandémie.
- De nombreux groupes d'activités et de soutien communautaire formés par les aînés avant la COVID-19 n'existent peut-être plus en raison des restrictions dues à la pandémie et aux efforts de ralentissement de la propagation de la COVID.
- Les personnes vivant en établissements de soins et leurs familles ont connu de la détresse émotionnelle en raison de la solitude et de la séparation⁶.
- Les pénuries de main-d'œuvre ont affecté négativement la qualité des soins dans les centres d'hébergement.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur l'isolement social des aînés?

- ✓ Faire des efforts précis et ciblés pour intégrer et renforcer les facteurs connus de protection contre l'isolement social (le logement, la santé physique, l'accès aux services, le sentiment de valeur et de raison d'être, etc.)³.
- ✓ Créer d'autres options de contact, adaptées aux aînés, avec des réseaux sociaux nouveaux ou existants ainsi qu'avec divers services dès que possible, par exemple en utilisant la technologie (téléphone, Web) ou en prévoyant des mécanismes adéquats de distanciation pour permettre les visites.
- ✓ S'associer à d'autres groupes ou municipalités pour créer des programmes pour les aînés qui leur permettent de bâtir et de renforcer les relations, les intérêts et les compétences.
- ✓ Encourager la participation active des aînés et l'engagement communautaire si c'est possible de le faire de façon sécuritaire.



Les problèmes de santé mentale et maladies mentales



Que savons-nous déjà des problèmes de santé mentale et maladies mentales parmi les aînés?

- En 2016, plus d'1,8 million de Canadiens âgés de 60 ans et plus ont eu un problème de santé mentale ou une maladie mentale⁷.
- Les facteurs de risque d'un problème de santé mentale ou maladie mentale comprennent : le décès d'un partenaire intime, la démence ou trouble neurocognitif, un événement de la vie critique et soudain, comme la victimisation ou une crise de santé, ou la menace ou la peur de perdre un être cher, sa santé ou son autonomie⁸.

Dépression

- La dépression est le problème de santé mentale le plus courant chez les aînés et peut affecter jusqu'à 1 aîné sur 5^{8,9}.
- Pour les aînés, la dépression se manifeste souvent par des changements cognitifs et physiques, une perte d'intérêt envers les activités qu'ils appréciaient précédemment, des problèmes de mémoire, un sommeil perturbé, une réduction du niveau d'énergie ou une fatigue excessive, une perte d'appétit et des pensées suicidaires⁸.
- Les facteurs de risque liés à la dépression chez les aînés sont la mauvaise santé physique, la douleur et l'invalidité qui limitent leur capacité à prendre part aux activités de la vie (isolement social)⁹.

Suicide et automutilation intentionnelle

- Le taux de suicide chez les hommes âgés de 80 ans et plus est très élevé : 21,5 pour 100 000, et 24,8 pour 100 000 chez les hommes âgés de 90 ans et plus⁹.
- Le comportement suicidaire (automutilation intentionnelle) et l'idéation suicidaire sont souvent associés à la maladie physique et à l'invalidité fonctionnelle chez les aînés de plus de 65 ans¹⁰.
- Chaque année, environ 1 000 aînés au Canada sont admis à l'hôpital en raison d'une automutilation intentionnelle¹⁰.

Anxiété

- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont le taux d'hospitalisation le plus élevé pour les troubles anxieux⁸.

Consommation d'alcool et usage de substances

- 6 à 10 % des aînés ont un problème de consommation excessive d'alcool⁸.
- L'abus de substances peut entraîner des pertes cognitives de courte et de longue durée, une dépression ou de l'anxiété, et peut contribuer à des chutes, divers accidents ou des fractures⁸.
- Les médicaments sur ordonnance pour gérer la douleur chronique, l'anxiété ou les troubles du sommeil peuvent aussi entraîner une dépendance à ces substances et diverses complications⁹.
- 15 à 30 % des aînés ayant un diagnostic de dépression majeure ont un problème de consommation d'alcool⁹.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter les problèmes de santé mentale et maladies mentale parmi les aînés?

- Les aînés qui ont déjà reçu un diagnostic de maladie mentale peuvent connaître l'intensification de leurs symptômes en raison de l'incertitude, de la peur et de l'isolement entourant la COVID-19.
- La COVID-19, de par sa nature (événement critique et soudain de la vie) et les conséquences qui l'accompagnent (comme les pertes significatives et la menace/peur de ces pertes) pourraient causer ou empirer les problèmes de santé mentale ou les maladies mentales chez les aînés.
- Les aînés les plus fortement affectés par les mesures de confinement (par exemple les résidents des centres de soins de longue durée) pourraient être à plus grand risque de développer un problème de santé mentale ou une maladie mentale.
- Plusieurs aînés auront à faire face au deuil en raison de la perte d'amis et de proches.
- Une étude de la Croix-Rouge montre que les aînés vulnérables (ceux qui vivent seuls ou qui ont évalué leur santé comme étant assez bonne ou mauvaise avant la COVID-19) connaissaient des niveaux plus élevés d'anxiété, de fièvre, d'inquiétude, de tristesse, de dépression et de désespoir au début de la pandémie en avril 2020¹¹.
- Les Canadiens, quel que soit leur âge, ont consommé davantage d'alcool et de cannabis en une période d'un mois pendant la pandémie qu'avant la pandémie¹¹.
- Étant donné les niveaux accrus de stress, d'isolement et de solitude, il est possible que des personnes (y compris des aînés) se tournent vers les substances comme outil d'adaptation.
- Certains rapports mentionnent l'augmentation des prescriptions et de l'utilisation d'antipsychotiques, d'anti-dépresseurs et de benzodiazépines pour les aînés pendant la pandémie¹².

En fonction des Lignes directrices, que pouvons faire pour remédier à ces répercussions sur la santé mentale des aînés?

- ✓ Reconnaître que les aînés ont traversé une grande transition soudaine (gérer la COVID-19, gérer potentiellement le deuil et les changements de réseaux sociaux, accroissement de l'isolement social), et prévoir un accès rapide aux ressources de santé mentale nécessaires pour qu'ils aient la capacité de gérer cette transition.
- ✓ Utiliser l'[Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés](#) comme outil pour évaluer les politiques, programmes et services existants et nouveaux pour un milieu post-COVID-19.
- ✓ Faire intervenir les aînés et leurs aidants dans la création de politiques et de programmes, et réviser toute politique mise en œuvre pendant la pandémie de COVID-19.
- ✓ Renforcer les facteurs qui protègent la santé mentale.
- ✓ Renforcer la sensibilisation du public concernant l'état actuel de la santé mentale des aînés, et créer des stratégies de lutte contre la stigmatisation.
- ✓ Apporter éducation et formation aux aînés, aux aidants et au public concernant les facteurs de risque de maladie mentale, les symptômes, les traitements et les stratégies d'adaptation pour développer leurs compétences personnelles et une meilleure compréhension de la santé mentale, ainsi qu'atténuer potentiellement les répercussions de problème de santé mentale ou maladie mentale grâce à une détection rapide.
- ✓ Apporter éducation et information aux fournisseurs de soins de santé (équipes de santé familiale, médecins, services de première ligne, etc.) sur les facteurs de risque de problèmes de santé mentale ou maladies mentale, les instruments de détection dans le cadre des soins de routine pour les aînés et l'aiguillage vers des services de santé mentale appropriés au besoin.
- ✓ Donner de l'information sous différents formats (papier, Web) sur les différents services de santé mentale disponibles pour les aînés.
- ✓ S'associer et collaborer avec les agences sociales et de santé ainsi que les municipalités pour mettre en commun les ressources disponibles et veiller à avoir des options accessibles et intéressantes pour soutenir les aînés.
- ✓ Utiliser et améliorer les méthodes de dispensation des soins facilitées par la technologie (télé-infirmier, télé-psychiatrie, lignes téléphoniques d'information, portails Web, groupes de soutien) puisqu'ils peuvent apporter un niveau plus accessible de soins dans les communautés rurales et urbaines.
- ✓ Rétablir les opportunités pour les aînés de participer dans leur communauté (via des communications téléphoniques ou Web si la distanciation physique doit se maintenir).



La démence et les troubles neurocognitifs



Que savons-nous déjà des aînés qui ont une démence ou un trouble neurocognitif?

- 70 % des résidents d'établissements de soins de longue durée ont une démence ou trouble neurocognitif majeur¹³.
- Jusqu'à 90 % des personnes affectées par la démence développeront un ou des symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD) assez grave pour nécessiter un traitement ou une intervention pendant leur maladie⁹.
- La détection rapide des problèmes de santé mentale ou maladies mentales et troubles neurocognitifs peut aider à ralentir le déclin fonctionnel et prévenir leurs complications⁸.
- Les groupes qui donnent de l'information sur la démence, comment gérer ses symptômes et les services qui existent sont bénéfiques pour les personnes ayant une démence⁸.
- Les groupes de soutien où les personnes peuvent faire part de leurs émotions avec leurs pairs, ainsi que les groupes de stimulation cognitive, sont considérés comme bénéfiques⁸.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter les aînés qui ont une démence ou un trouble neurocognitif?

- Les répercussions de la COVID-19 sur les personnes ayant une démence et sur les nouveaux diagnostics de démence au Canada sont encore inconnues.
- Une étude réalisée en Italie auprès de patients d'une clinique sur la mémoire a montré qu'un grand nombre d'entre eux ont connu une détérioration cognitive pendant le premier mois de confinement, ainsi que l'aggravation de leurs symptômes de démence¹⁴.
- La démence, par ses symptômes cognitifs, psychologiques et comportementaux peut accroître le risque de COVID-19 en raison des difficultés à mettre en place les précautions, comme le lavage des mains ou le port du masque¹⁵.
- De nombreux groupes de soutien pour les personnes ayant une démence sont passés à des formats technologiques, ce qui pourrait en avoir affecté l'accessibilité.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur les aînés qui ont une démence ou un trouble neurocognitif?

- ✓ **Créer et maintenir des groupes de soutien téléphoniques ou Web pour les personnes atteintes de démence pour veiller à un soutien en continu, même si des politiques de distanciation physique sont en place.**
- ✓ **Partager de l'information et des conseils spécifiques sur la gestion de l'isolement et l'impact des nouvelles procédures créées en raison de la COVID-19 pour les personnes qui ont des démences.**
- ✓ **Faire la promotion de la santé mentale en donnant information et éducation sur les symptômes et signes avant-coureurs de démence chez les aînés, le personnel soignant et autres aidants.**
- ✓ **Informers les fournisseurs de soins de santé (équipes de santé familiales, médecins, services de première ligne, etc.) au sujet des outils pour évaluer, prévenir et traiter les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD).**



Soins de longue durée/en hébergement



Que savons-nous déjà des soins de longue durée ou en hébergement?

- En 2016, 425 755 Canadiens vivaient en centres de soins de longue durée (CSLD), en établissements d'hébergement assisté ou en maisons de retraite¹³.
- L'emploi en CSLD est généralement à temps partiel, à bas salaire et sans avantages sociaux, ce qui contribue à des niveaux élevés de roulement du personnel, ce qui peut à son tour affecter la continuité des soins pour les résidents¹³.
- Il y a un besoin depuis longtemps de plus de personnel, de davantage de formation, de sécurité de l'emploi pour les travailleurs et de plus d'options pour la prestation des soins^{16,18}.
- La plupart des résidences de SLD sont des propriétés et opérations privées, mais fortement réglementées par les gouvernements provinciaux. Ces réglementations comprennent des exigences quant au recueil d'informations et la documentation détaillée de cette information. Puisque les résidences de SLD n'ont pas souvent les ressources nécessaires, satisfaire à ces exigences peut être drainant pour le personnel, qui est déjà sous pression^{16,17}.
- Le manque de ressource en SLD affectera sans aucun doute le niveau de soins que les résidents reçoivent pour les maladies physiques et mentales¹⁸.
- De nombreux travailleurs en SLD n'ont pas les connaissances ni les compétences nécessaires pour gérer les symptômes et comportements associés aux problèmes de santé mentale¹⁶.

- Il y a un besoin grandissant de places en SLD, et cela continuera à mesure que notre population vieillira¹⁸.
- Les aînés vivant en centres de SLD, en maisons de retraite et en maisons qui offrent des soins personnels sont à risque élevé de dépressio³.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter les soins de longue durée ou en hébergement?

- Un rapport récent a montré qu'environ 8 décès liés à la COVID-19 sur 10 au Canada sont en soins de longue durée (SLD)¹⁹.
- Début juillet 2020, l'Institut national sur le vieillissement rapportait plus de 18 000 cas de COVID-19 et 6 851 décès liés à la COVID-19 parmi les résidents des CSLD et de maisons de retraite au Canada⁶.
- Les mesures de confinement ont empêché l'accès des proches aidants dans les installations de soins, ce qui pourrait causer un risque accru à la fois pour les problèmes de santé physique et pour les problèmes de santé mentale⁶.
- Les mesures de confinement en CSLD pourraient avoir empêché les spécialistes en gérontopsychiatrie de se rendre sur place pour apporter un soutien en santé mentale aux résidents¹⁶.
- Les travailleurs en SLD sont encore plus sous pression puisque les soins que les proches aidants apportent généralement ne sont plus disponibles¹⁶.
- Dans un rapport séparé, les employés de résidence de SLD indiquaient que cette forte diminution de l'aide apportée par les proches aidants a été soudaine⁶.
- Les travailleurs en SLD sont aussi à plus grand risque d'infection par la COVID-19, ce qui peut entraîner des niveaux plus élevés de stress, de maladie et d'absentéisme¹⁶.
- Même si des mesures de réouverture sont adoptées dans le pays, de nombreuses résidences offrant des SLD maintiennent différentes mesures de confinement, et les résidents et travailleurs peuvent continuer à être affectés de façon disproportionnée par la COVID-19.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur les soins de longue durée et en hébergement?

- ✓ Utiliser l'[Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés](#) comme outil pour évaluer les politiques, programmes et services (nouveaux et existants).
- ✓ Utiliser les points de référence recommandés pour veiller à ce que les services, personnel et ressources existantes soient adéquatement déployés pour prendre soin de façon appropriée des besoins fonctionnels, cognitifs et émotionnels des aînés.
- ✓ Veiller à ce que tous les travailleurs soient éduqués et aient accès à de l'information sur les facteurs de risque des problèmes de santé mentale ou les maladies mentales, l'utilisation d'instruments de détection dans le cadre des soins de routine pour les aînés, et l'aiguillage à des services appropriés de services de santé mentale au besoin.
- ✓ Réintégrer les proches aidants à la vie des résidents en soins de longue durée en revisitant les politiques existantes sur les visites et la présence de la famille⁶.
- ✓ Augmenter le financement pour apporter des niveaux adéquats de soins individualisés qui soutiennent les besoins physiques, fonctionnels, sociaux et émotionnels de chaque résident⁶.
- ✓ Apporter aux travailleurs l'accès à des consultations cliniques, de la supervision, du mentorat, un milieu de travail sain et assez de ressources pour leur permettre d'apporter des soins pleins de compassion.
- ✓ Rétablir dans les programmes et services de soutien des principes et valeurs individuels et systémiques qui pourraient avoir été diminués pendant la COVID-19 (inclusion sociale, participation, accès, auto-détermination).
- ✓ S'associer et collaborer avec d'autres agences et municipalités pour mettre en commun les ressources et apporter différents soutiens et options récréatives pour les résidents, y compris des options technologiques.



Les aidants



Que savons-nous déjà sur les aidants des aînés?

- Les proches aidants assurent plus de 80 % des soins aux aînés et contribuent plus de 5 milliards de dollars en travail non-rémunéré au système de soins de santé⁸.
- Les aidants apportent du soutien à leurs proches vivant chez eux ou ailleurs dans la communauté, mais ils sont nombreux à apporter un grand soutien médical, émotionnel et physique à leurs proches en milieu résidentiel²⁰.
- Les proches aidants connaissent régulièrement les frustrations et inquiétudes suivantes :
 - Manque d'information sur les problèmes de santé mentale ou les maladies mentales, à quoi s'attendre, et comment gérer les symptômes.
 - Les services sont souvent décousus ou manquent de continuité
 - Surévaluation en raison d'une mauvaise communication parmi les fournisseurs de service
 - Mauvaise accessibilité, disponibilité et prix des ressources et services, y compris les longs délais d'attente
 - Manque de services souples de soutien à domicile
 - Manque de soutien pour les aidants
 - Politiques rigides manquant de compassion⁸.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter les aidants des aînés?

- Il existe peu de recherches canadiennes qui s'intéressent à la façon dont la distanciation physique et les mesures de confinement ont affecté précisément les proches aidants.
- Dans une étude faite aux États-Unis, les proches aidants ont rapporté connaître des niveaux plus élevés que les non-aidants d'isolement social, d'anxiété, de dépression, de fatigue, d'inquiétude, de peur et de perturbation du sommeil²¹.
- Cette étude a aussi trouvé que de nombreux aidants ont dû accroître leurs responsabilités d'aidants, probablement en raison de la fermeture de nombreux programmes et services de soutien²¹.
- Les proches aidants étaient plus susceptibles de prendre des précautions (comme la distanciation physique) en raison des inquiétudes de devenir malades ou que leur proche devienne malade²¹.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur les aidants des aînés?

- ✓ **Reconnaître et valoriser les proches aidants comme des partenaires dans les soins pour les aînés.**
- ✓ **Reconnaître les répercussions que la COVID-19 pourraient avoir eues sur la santé mentale des aidants.**
- ✓ **À mesure que les mesures de distanciation physique changeront et s'ajusteront, faire intervenir les proches aidants dans la création de programmes et politiques et dans la prise de décision à tous les niveaux.**
- ✓ **Proposer des services de soutien pour les aidants, accessibles par téléphone ou Internet.**
- ✓ **Apporter de l'information sur les problèmes de santé mentale ou les maladies mentales et comment la COVID-19 pourrait affecter le bien-être mental des aînés.**
- ✓ **Apporter de l'information à jour sur les soutiens et les services ouverts aux aînés.**

Pour en savoir plus sur l'intervention des proches aidants pour contribuer à combler les lacunes de services, consultez [Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et des dépendances au Canada - Guide des pratiques prometteuses, de la CSMC](#).



L'âgisme



Que savons-nous déjà sur l'âgisme?

- Les besoins des aînés ne sont pas toujours priorisés en raison de la discrimination due à l'âge⁸.
- Les aînés sont souvent perçus comme des « fardeaux » plutôt que comme des membres importants de la population dont les besoins doivent être soutenus²².
- Les médias contribuent à propager les attitudes négatives et stéréotypes sur les aînés²².
- La vie des aînés est souvent perçue comme ayant moins de valeur que celle des personnes plus jeunes²².
- Les croyances négatives sur l'âge peuvent affecter les niveaux de stress et la santé globale des aînés²³.
- Les aînés qui appartiennent aussi à un groupe marginalisé, ou qui ont un problème de santé mentale ou une maladie mentale, peuvent connaître une stigmatisation supplémentaire ou superposée, qui pourrait contribuer à leur mauvaise santé⁸.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter l'âgisme?

- L'âgisme a revêtu de nombreuses formes pendant la pandémie de COVID-19 :
 - Les médias et les réseaux sociaux ont fait preuve d'insensibilité et de mépris envers les besoins physiques et émotionnels des aînés (par exemple, un mot-dièse a été créé et a circulé qui impliquait que les aînés décédant de la COVID-19 étaient quelque chose de normal et d'inévitable²²).
 - Les mots utilisés sont souvent condescendants et les aînés sont perçus comme « vulnérables », impuissants et fragiles²².
 - Les commentaires sur la vie des aînés comme étant accessoire par rapport à celle des autres groupes d'âge²⁴.
 - Les histoires documentant la vie des jeunes qui sont décédés de la COVID-19 ont été publiées et partagées largement, alors que celles des aînés décédés de la COVID-19 reçoivent rarement de l'attention²².
- Le discours négatif des médias et autres discours qui dévalorisent la vie des aînés peuvent mener à ce que d'autres aînés se sentent sous-estimés, pesants et bons à rien²⁴.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur l'âgisme?

- ✓ **Traiter les besoins diversifiés des aînés comme étant tout aussi importants que ceux des autres Canadiens lorsque vous créez des politiques.**
- ✓ **Maximiser l'inclusion des aînés en examinant comment ils sont affectés précisément par la réglementation et les conditions sociales, économiques et de santé publique actuelle.**
- ✓ **Faire la promotion de la santé mentale grâce à des stratégies de lutte contre la stigmatisation, la sensibilisation du public, l'éducation et la formation et des stratégies communautaires pour veiller à ce que le public, les aînés, les aidants et les fournisseurs de soins de santé comprennent l'importance de la santé mentale chez les aînés.**
- ✓ **Faire la promotion de la couverture médiatique qui mentionne les aînés avec respect et qui encourage l'empathie envers les aînés en expliquant leurs expériences actuelles pendant la pandémie.**



Les populations prioritaires



Que savons-nous déjà des aînés qui sont membres de populations prioritaires?

- Les besoins et préférences de chaque personne sont influencés par leur culture et leur environnement.
- Les membres de la communauté 2SLGBTQ+ font souvent face à de la discrimination, de la violence et de l'exclusion²⁵.
- La discrimination et le racisme peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé mentale²⁶.
- Les personnes racisées et les personnes de communautés PNIM connaissent des taux plus élevés d'anxiété, de dépression, de stress, d'usage de substances et de violence. Ces personnes sont nombreuses à connaître des niveaux élevés de peur, des sentiments de perte de contrôle et de désespoir, et beaucoup sont affectées par le suicide²⁶.
- Les disparités et inégalités systémiques existent pour les populations minoritaires dans le secteur des soins de santé physique et mentale, ce qui entraîne souvent des taux plus bas de qualité de vie et des résultats de santé plus mauvais pour les populations minoritaires. Cela empêche aussi les personnes d'avoir accès à des soins appropriés^{26,27}.
- Des considérations, de l'information et des services distincts sont nécessaires pour les peuples PNIM, les personnes parlant une langue minoritaire, les communautés 2SLGBTQ+, les immigrants, les réfugiés et autres communautés ethnoculturelles et racisées⁹.



Comment la COVID-19 pourrait-elle affecter les aînés qui sont membres de populations prioritaires?

- La COVID-19 a affecté de façon disproportionnée les populations minoritaires²⁸.
- En Ontario, les zones les plus ethno-culturellement diversifiées connaissent des taux d'infection par la COVID-19 trois fois plus élevés que les zones les moins diversifiées²⁸.
- Les personnes de zones plus ethno-culturellement diversifiées qui reçoivent un diagnostic de COVID-19 sont plus susceptibles de connaître l'hospitalisation (quatre fois plus susceptibles) et la mort (deux fois plus susceptibles)²⁸.
- L'information donnée par les gouvernements (fédéral/provinciaux) n'a pas abordé les populations diversifiées (l'information est généralement disponible en français et en anglais seulement, et n'aborde pas la façon dont les coutumes culturelles pourraient être affectées).
- Les SLD connaissent des niveaux élevés de cas de COVID-19 chez les travailleurs, et la plupart des travailleurs sont des personnes racisées ou des nouveaux-arrivants au Canada¹⁸.
- Les personnes PNIM des zones rurales ou éloignées pourraient être à plus grand risque de COVID-19 en raison de leur incapacité à maintenir la distanciation physique en raison du surpeuplement des logements, en plus du manque de ressources et d'accès à des soins de santé²⁵.
- Les membres de la communauté 2SLGBTQ+ peuvent se sentir davantage isolés en raison de la distanciation physique et du manque d'accès aux soutiens et programmes communautaires²⁵.

En fonction des Lignes directrices, que pouvons-nous faire pour remédier à ces répercussions sur les aînés qui sont membres de populations prioritaires?

- ✓ Faire intervenir les aînés et les aidants de différentes populations dans la création de politique et de programme, et réviser les politiques qui ont été mises en place pendant la COVID-19.
- ✓ Créer des outils d'information pour la promotion de la santé mentale (lutte contre la stigmatisation, symptômes, signes avant-coureurs, traitements, outils d'adaptation) adaptés aux différences de langues, de littératie et de culture.
- ✓ Apporter de l'éducation aux fournisseurs de service sur la sensibilisation culturelle et la sécurité, notamment sur la compréhension des contextes locaux et de la diversité des ressources existant.
- ✓ Répondre aux besoins diversifiés à mesure qu'ils naissent.
- ✓ Veiller à ce que les services de santé mentale (nouveaux ou existants) soient culturellement sûrs et compétents.
- ✓ Chercher des travailleurs en santé mentale ayant des bagages ethnoculturels diversifiés.

Bibliographie

1. Keefe, J., Andrew, M., Fancey, P. et Hall, M. (2006). *Final report: A profile of social isolation in Canada*. Centre on Aging. Consulté à : https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe_social_isolation_final_report_may_2006.pdf
2. Nicholson, N.R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 137-152.
3. Conseil national des aînés (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013-2014*. Gouvernement du Canada. Consulté à : <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2014/social-isolation-seniors.html>
4. Raina, P., Wolfson, C., Kirkland, S. et Griffith, L. (2018). *The Canadian longitudinal study on aging (CLSA) report on health and aging in Canada. Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement*. Consulté à : <https://www.clsa-elcv.ca/doc/2639>
5. Ministères fédéraux/provinciaux/territoriaux chargés des aînés. (2017). *Isolement social des aînés - Volume 1*. Consulté à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/partenaires/forum-aines/trousse-isolation-sociale-vol1.html>
6. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). *Repenser les soins aux personnes âgées : prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite*. Consulté à : <https://www.fcass-cfhi.ca/about/news-and-stories/news-detail/2020/07/20/re-imagining-care-for-older-adults-next-steps-in-covid-19-response-in-long-term-care-and-retirement-homes>
7. Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Consulté à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-12/case_for_investment_fr.pdf
8. MacCourt P., Wilson K. et Tourigny-Rivard M-F. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Commission de la santé mentale du Canada.
9. Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Consulté à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-04/Summary_Senior_Guidelines_Fr.pdf
10. Équipe de recherche MHASEF. (2018). *Mental health and addictions system performance in Ontario: A baseline scorecard*. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Consulté à : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2018/MHASEF>
11. Croix-Rouge canadienne. (2020). *Report: COVID-19 pan-Canadian tracking study*. Consulté à : https://www.redcross.ca/crc/documents/LegerReport_COVID-19-Tracking-Study_W3_V1_2020-06-12.pdf
12. Stall, N.M., Zipursky, J.S., Rangrej, J., Jones, A., Costa, A.P., Hillmer, M.P. et Brown, K. (2020). *Increased prescribing of psychotropic medications to Ontario nursing home residents during the COVID-19 pandemic*. medRxiv doi: 10.1101/2020.11.26.20239525

13. Hsu, A.T., Lane, N.E., Sinha, S.K., Dunning, J., Dhuper, M., Kahiel, Z. et Sveistrup, H. (2020). *Report: Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes - ongoing challenges and policy responses*. International Long-Term Care Policy Network. Consulté à : https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTccovid-country-reports_Canada_Hsu-et-al_May-10-2020-2.pdf
14. Canevelli, M., Valletta, M., Blasi, M.T., Remoli, G., Sarti, G., Nuti, F., Sciancalepore, F., Ruberti, E., Cesari, M. et Bruno, G. (2020). Facing dementia during the COVID-19 outbreak. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1673-1676. Consulté à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.16644>
15. Alzheimer's Association. (2020). *Coronavirus (COVID-19): Tips for dementia caregivers*. Consulté à : [https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-\(covid-19\)-tips-for-dementia-care](https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-(covid-19)-tips-for-dementia-care)
16. Flint, A.J., Bingham, K.S. et Iaboni, A. (2020). Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1113-1116.
17. Dijkema, B. et Wolfert, J. (2019). *People over paperwork: Time, dignity, and other labour market challenges for Ontario's long-term care workers*. Consulté à : <https://www.cardus.ca/research/work-economics/reports/people-over-paperwork/>
18. Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R. et Struthers, J. (2020). *Re-imagining long-term residential care in the COVID-19 crisis*. Canadian Centre for Policy Alternatives.
19. Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Pandemic experience in the long-term care sector: How does Canada compare with other countries?* Consulté à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>
20. Keefe, J., (2020). *COVID-19 is demonstrating the value of family caregivers*. Policy Options. Consulté à : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2020/covid-19-is-demonstrating-the-value-of-family-caregivers/>
21. Université de Pittsburgh. (2020). *Effects of COVID-19 on family caregivers: A community survey from the University of Pittsburgh*. Consulté à : https://ucsur.pitt.edu/files/center/covid19_cg/COVID19_Full_Report_Final.pdf
22. Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L. et Bergeron, C.D. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695.
23. Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B.R., Neupert, S.D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. et Wahl, H-W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e49-e52. Consulté à : <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
24. Brooke, J. et Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk, and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044-2046. Consulté à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15274>
25. Commission canadienne des droits de la personne. (2020). *Statement – Inequality amplified by COVID-19 crisis*. Consulté à : <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/eng/content/statement-inequality-amplified-covid-19-crisis>
26. Kafele, K. (2004). *Racial discrimination and mental health in racialized and Aboriginal communities*. Commission ontarienne des droits de la personne. Consulté à : <http://www.ohrc.on.ca/en/race-policy-dialogue-papers/racial-discrimination-and-mental-health-racialized-and-aboriginal-communities>
27. Shippee, T.P., Akosionu, O., Ng, W., Woodhouse, M., Duan, Y., Thao, M.S. et Bowblis, J.R. (2020). COVID-19 Pandemic: Exacerbating racial/ethnic disparities in long-term services and supports. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 323-333. Consulté à : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1772004>
28. Santé publique Ontario. (2020). *Enhanced epidemiological summary: COVID-19 in Ontario: A focus on diversity*. Consulté à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=en>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350, rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755

Télec. : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca

www.commissionsantementale.ca



@MHCC_



/the MHCC



/1MHCC



@theMHCC



/themhcc



/Mental Health Commission of Canada