

Faculté de santé publique

Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile

Mémoire réalisé par
Jaëlle Du Four

Promoteur(s)
Marie de Saint-Hubert

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile

Mémoire réalisé par
Jaëlle Du Four

Promoteur(s)
Marie de Saint-Hubert

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien de nombreuses personnes.

Je souhaite remercier tout particulièrement ma promotrice, Madame Marie de Saint-Hubert, pour son aide et ses précieux conseils. Son expertise m'a permis d'approfondir mes recherches et d'alimenter mes réflexions.

Je tiens également à remercier Madame Delphine Mathieux, directrice du centre de coordination d'Aide et Soins à Domicile, pour son implication, sa disponibilité et son aide dans la mise en œuvre de ce projet.

Enfin, je remercie chaleureusement mes proches et ma famille qui ont participé, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce travail.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

NOM ET PRENOM : Du Four Jaëlle

TITRE DU MÉMOIRE : « Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile »

PROMOTEUR : Marie de Saint Hubert

RESUME

INTRODUCTION : L'évènement qui aura le plus marqué notre pays, mais aussi le monde entier, en 2020, est la pandémie covid-19. Les autorités politiques ont mis en place des mesures dans le but de contenir cette maladie respiratoire. Celles-ci ont engendré un isolement social bien plus important qu'en temps ordinaire notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile.

OBJECTIF : Le but de la recherche est de comprendre comment la pratique des prestataires de première ligne influence ou non l'accentuation du sentiment d'isolement social chez ces personnes. Cette étude veut également comprendre comment ces professionnels agissent avec les ressources dont ils disposent pour aider les personnes âgées à lutter contre l'isolement social.

MÉTHODES : Ce mémoire repose sur une méthodologie d'étude mixte par design séquentiel explicatif. Des rapports d'activités sont analysés et des entretiens semi-directifs sont réalisés avec les professionnels de première ligne d'Aide et Soins à Domicile.

RÉSULTATS : Durant la première vague de la pandémie, de nombreux bénéficiaires et professionnels de première ligne ont annulé les prestations. La régression fut moins importante durant la seconde vague, mais néanmoins présente. Afin de briser l'isolement social, les travailleurs d'aide et de soins ont continué à prestre chez les bénéficiaires et à collaborer avec d'autres professionnels pour améliorer leur mieux-être. Aucune activité n'a été mise en place par les professionnels d'Aide et de Soins à Domicile car ils n'avaient pas les ressources nécessaires en cette période de crise sanitaire.

DISCUSSION : Les leçons tirées de la première vague ont permis aux professionnels d'Aide et de Soins à Domicile d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires en brisant leur isolement social par leur présence. Une diminution de l'impact négatif ressenti sur leur identité professionnelle a également été perçue. La mise à mal de ces derniers s'est produite suite à l'absence de solutions apportées pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. C'est une problématique très complexe qui est généralement rompue grâce à des activités du troisième âge ou des centres de jour en maison de repos. Cependant, ces activités ne sont pas réalisables durant la crise de la covid-19 puisque les mesures sanitaires ne le permettent pas.

MOTS CLÉS : Isolement social ; Personnes âgées ; Domicile ; Epidémie ; Covid-19.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	8
II.	CADRE THEORIQUE.....	9
1.	Le contexte	9
	La crise sanitaire covid-19.....	9
	Vieillesse et dépendance aux soins	10
	Isolation sociale et ses semblables.....	11
2.	L'isolation sociale en période de pandémie	12
	Contexte	12
	Les principaux déterminants de l'isolation sociale.....	13
	Les Conséquences de l'isolation sociale sur la santé.....	15
	Les stratégies pour lutter contre l'isolation sociale en période de pandémie	17
III.	METHODOLOGIE	22
1.	Contexte de l'étude.....	22
	Cadre de l'étude	22
	Question de recherche.....	22
	But final	23
2.	Méthodologie de recherche	23
3.	Stratégies d'échantillonnage	23
	Lieu d'investigation	23
	Population de référence et échantillon.....	25
4.	Outil de collecte de données.....	26
5.	Méthode d'analyse des données	27
6.	Considération éthique.....	28
7.	Profil du chercheur	29
IV.	RESULTATS	30

1. Présentation des données quantitatives	30
2. Caractéristiques des participants de l'étude qualitative	34
3. Présentation des données qualitatives	35
Adaptation de l'activité professionnelle des prestataires de première ligne.....	36
Moyens de prévention pour lutter contre l'isolement social	42
V. DISCUSSION	49
1. Interprétation générale.....	49
2. Interprétation de la littérature	52
3. Limitations de la recherche	56
4. Perspectives.....	57
VI. CONCLUSION	58
VII. BIBLIOGRAPHIE	59
VIII. ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion.....	64
Annexe 2 : Lettre d'informations aux participants	65
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	66
Annexe 4 : Tableaux de données quantitatives.....	69
Annexe 5 : Analyse des entretiens semi-directifs.....	70

I. INTRODUCTION

Ce projet de mémoire s'inscrit dans un long processus de réflexion de la part de la mémorante. Elle a longtemps réfléchi à un thème autour d'un fait actuel et du public de la personne âgée puisqu'elle se retrouve très souvent à côtoyer celui-ci dans sa pratique professionnelle. Ainsi, l'évènement qui aura le plus marqué notre pays en 2020, mais aussi le monde entier, est la pandémie covid-19. Les autorités politiques ont dès lors mis en place des mesures telles que la mise en quarantaine et la distanciation sociale, dans le but de contenir cette maladie respiratoire. L'ensemble de ces applications sanitaires a engendré un isolement social bien plus important qu'en temps ordinaire dans l'ensemble de la société (Mengin, A. & al., 2020).

La mémorante a ainsi décidé de réaliser son projet d'étude sur l'isolement des personnes âgées vivant à domicile durant cette crise sanitaire. En effet, elle a été, à plusieurs reprises, confrontée aux plaintes de personnes âgées de plus de 65 ans, quant à leur manque quotidien de liens sociaux. Les règles sanitaires ont notamment été endurcies chez les aînés puisqu'ils présentent un risque bien plus important que les jeunes. Cela en a marqué plus d'un sur les plans physique, psychologique et social. Il est par conséquent extrêmement important de s'intéresser à la problématique et de trouver des solutions à court, moyen et long terme afin d'aider les personnes dans le besoin.

Le premier objectif de cette étude est de comprendre le rôle des professionnels de première ligne de soins dans l'influence ou l'accentuation au niveau des restrictions de contacts sociaux chez leurs bénéficiaires âgés. Le second objectif est de comprendre comment ces professionnels de la santé ont agi avec les ressources dont ils disposaient pour aider ces personnes âgées à lutter contre l'isolement social.

Ce mémoire est composé d'un cadre théorique, de la méthodologie de l'étude et de l'expérimentation, de résultats obtenus à la suite des collectes de données qualitatives et quantitatives, de l'analyse de ses résultats sous forme d'une discussion et enfin, d'une conclusion où seront présentées les considérations finales et les perspectives d'avenir. Ce mémoire comprend également une bibliographie et des annexes utiles à sa compréhension.

II. CADRE THEORIQUE

1. LE CONTEXTE

LA CRISE SANITAIRE COVID-19

Le 31 décembre 2019, Wuhan, dans la province du Hubei, en Chine, est devenue le centre d'une épidémie de pneumonie de cause inconnue, qui a suscité l'attention non seulement en Chine mais aussi dans le monde entier. Les autorités sanitaires chinoises ont établi une série de mesures telles que l'isolement des personnes soupçonnées d'être atteintes de la maladie ou la collecte des données cliniques et épidémiologiques des patients, afin de mener une enquête sur la maladie en question (Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F, 2020). En effet, il est important de déterminer rapidement les caractéristiques de cette maladie, afin de pouvoir mettre en place des stratégies adéquates pour la contrôler. C'est ainsi que, le 7 janvier 2020, une nouvelle variante du coronavirus a été identifiée par des scientifiques. Elle s'identifie sous le nom de « coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère » ou encore « covid-19 » (Khanna, R. C., Cicinelli, M. V., Gilbert, S. S., Honavar, S. G., & Murthy, G. S., 2020). Les coronavirus représentent une famille de virus, de format similaire à une couronne (corona), qui provoquent des maladies allant du rhume au syndrome respiratoire aigu sévère (OMS, 2020).

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré l'épidémie de coronavirus comme étant une pandémie puisqu'elle s'est répandue dans 113 pays au total (Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F, 2020). A cette période de l'année, plus d'un million de personnes sont touchées. En s'intéressant plus particulièrement à la Belgique, on constate plus de 420 000 cas confirmés de covid-19 fin octobre 2020, et plus de 11 000 décès en l'espace de 8 mois (Sciensano, 2020). Les personnes les plus vulnérables au virus sont nos aînés puisque 1 000 décès sont survenus dans la tranche d'âge 65-74 ans, 3 000 décès dans la tranche d'âge 75-84 ans et près de 6 000 décès chez les plus de 85 ans (Sciensano, 2020).

Ces chiffres ne cessent d'augmenter en raison du manque d'immunité collective et de la nature hautement contagieuse du virus. 40 à 70% de la population mondiale peut être infectée, à moins que des mesures de confinement ne soient prises en temps opportun (Khanna, R. C., Cicinelli, M. V., Gilbert, S. S., Honavar, S. G., & Murthy, G. S., 2020). C'est pourquoi les différentes autorités du monde entier ont mis en place diverses mesures préventives pour contrer la maladie et protéger au mieux la population.

VIEILLISSEMENT ET DEPENDANCE AUX SOINS

Le 1^{er} janvier 2018, la population européenne est estimée à 512,4 millions de personnes. Ce chiffre comprend 19,7% de personnes âgées de plus de 65 ans, soit une augmentation de 2,6 points de pourcentage en 10 ans. Parmi les Etats membres de l'Union, l'Italie avec ses 22,6%, enregistre le pourcentage le plus élevé de personnes âgées. La Belgique occupe la 20^{ème} place au rang européen, en enregistrant une proportion de 18,7% (Eurostat, 2019).

Les années de vie en bonne santé sont de 63,2 ans pour les hommes contre 67,7 ans pour les femmes en 2018 (Eurostat, 2020). Le vieillissement démographique exerce donc une pression considérable sur le système de soins de santé belge, ainsi que sur les soins de longue durée. Heureusement, l'accessibilité aux soins de santé est relativement bonne et la couverture des prestations est large (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). C'est pour cette raison qu'il est essentiel de promouvoir une utilisation plus pertinente des services et des produits pharmaceutiques, afin de contribuer à la libération de ressources utiles aux besoins de consommation continuellement croissants. Il est également important de privilégier les soins de santé primaire et la coordination des soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Le taux d'occupation des lits en soins curatifs dépassait les 80% en 2018, plaçant la Belgique dans les pays les plus hospitalocentristes d'Europe (Eurostat, 2020). Les services de soins à domicile quant à eux, ont été employés par 25,2% des personnes âgées de plus de 65 ans au courant des 12 derniers mois, en 2018. Ce pourcentage était de 24,7% en 2013, ce qui indique une certaine stabilité de leur utilisation ces dernières années (Sciensano, 2018).

Les derniers chiffres sur le manque de soutien social en Belgique datent de 2016 à 2018. Selon l'OCDE (2020), ils sont estimés à 9,2% chez les personnes de plus de 50 ans. Le manque de soutien social est défini par une absence de liens sociaux sur qui compter en période de difficulté comme durant cette crise sanitaire. Une différence réelle existe entre les personnes ayant un niveau d'éducation élémentaire achevé ou moins (primaire) et celles ayant au moins terminé quatre années d'études au-delà de la 4^{ème} secondaire (tertiaire). En effet, le pourcentage du niveau primaire est de 10,7% contre 5,3% pour le niveau tertiaire. Cela explique que les personnes ayant une éducation sont moins touchées par le manque de soutien social. L'étude a également établi un lien entre l'isolement social et la solitude qui sont les causes de risques plus élevés d'une série de problèmes de santé.

ISOLEMENT SOCIAL ET SES SEMBLABLES

Afin de mieux comprendre l'isolement social, il est important de le distinguer de la solitude et de la vulnérabilité sociale. Ces notions sont souvent mal interprétées et identifiées comme des synonymes. En effet, être bien armé socialement n'exclut pas le sentiment de solitude et inversement, être seul ne signifie pas se sentir seul.

L'isolement social fait référence à un état dans lequel l'individu n'a pas le sentiment d'appartenance sociale, au vu d'un nombre très réduit de contacts sociaux de qualité, avec autrui (Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A., 2018). Dans le cas de l'épidémie de la covid-19, l'isolement social est défini de manière objective, par une réduction des contacts sociaux due à des restrictions environnementales plutôt qu'à la capacité de l'individu à créer ou entretenir des relations sociales (Brooke, J., & Jackson, D., 2020). Le sentiment d'isolement social peut apparaître à tout âge, mais touche particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans à cause de l'avènement de certaines circonstances telles que le passage à la retraite ou la perte d'un conjoint (Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. L., 2020). Le capital social défini par Bourdieu (1986) comme étant « l'agrégat de ressources réelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations institutionnalisées » est un déterminant de l'isolement social (Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C., 2018).

La solitude correspond au « ressenti subjectif, lié au manque désagréable ou intolérable de certaines relations » (Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J., 1999). Une personne peut donc se sentir seule malgré la présence d'un certain nombre de relations sociales fréquentes. Pour amorcer une réflexion sur la solitude, il faut impérativement interroger la nature et l'évolution des rapports sociaux dans la société donnée. Une bonne intégration familiale et sociale est considérée comme un cadre protecteur contre la survenue du sentiment de solitude (Campéon, A., 2016). Cette protection perd son efficacité lorsqu'une personne ne reconnaît plus le monde dans lequel elle vit. C'est l'exemple de la personne atteinte d'Alzheimer.

La vulnérabilité sociale désigne « la mesure dans laquelle la situation sociale d'une personne la rend vulnérable à d'autres atteintes sociales ou sur le plan de la santé » (Freedman, A., & Nicolle, J., 2020). Des circonstances telles que la situation socioéconomique, le soutien social, ou encore la situation de vie sont des facteurs de vulnérabilité sociale. Ils sont associés, tout comme l'isolement social et la solitude, à une morbidité et une mortalité élevée et sont comparables aux facteurs de risque comme le tabac, l'alcool ou encore l'obésité.

2. L'ISOLEMENT SOCIAL EN PERIODE DE PANDEMIE

CONTEXTE

Avant même que l'épidémie de coronavirus ne pointe le bout de son nez, l'isolement social impactait 29% des Bruxellois, 24% des Wallons, ainsi que 21% des Flamands (Maggi, P., 2016). Ces chiffres n'ont fait qu'augmenter durant la crise sanitaire puisqu'en raison de l'absence de vaccin ou de traitement pour la covid-19, la Belgique et les autres pays du monde ont dû mettre en œuvre différentes stratégies, y compris l'isolement social, la quarantaine, la distanciation sociale et enfin, le confinement de la communauté (Chen, A. T. & al., 2020).

La crise sanitaire actuelle touche l'ensemble de la population mais est particulièrement sévère avec les personnes âgées. Elles sont en effet, le groupe le plus à risque de contracter des maladies graves et potentiellement mortelles. Cette vulnérabilité provient du caractère multidimensionnel des inégalités sociales qui se forment ou se renforcent durant la vieillesse (Fontaine, R., & Pennec, S., 2020). Une inégalité sociale est « le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice au sein de ses membres » (Bihr, A. & Pfefferkorn, R., 2008).

Les inégalités de santé font partie intégrante des inégalités sociales puisque les personnes âgées se voient refuser l'accès à certains soins durant cette crise sanitaire. En effet, bien que ces personnes soient plus susceptibles aux complications de la covid-19, elles ne se trouvent pas prioritaires dans l'accès aux soins de réanimation et donc aux ressources telles que les ventilateurs ou les lits hospitaliers (Chen, A. T. & al., 2020).

En avril 2020, cela fait déjà un mois que la Belgique est en confinement strict. Selon Sciensano (2020), plus de 10% des jeunes de 16 à 24 ans ne respectent pas les mesures d'isolement, contre 3% pour les personnes âgées de plus de 65 ans. De tels chiffres indiquent que la tranche d'âge 65 ans et plus est bien informée sur l'impact de l'épidémie du covid-19, sur leur santé, sur leur vie. Le confinement et la distanciation sociale sont ainsi mis en place pour lutter contre la propagation du virus et protéger au mieux la communauté. Et pourtant, ces deux stratégies préventives qui visent à minimiser les contacts sociaux, peuvent augmenter le risque d'isolement social (Chen, A. T. & al., 2020). Ce dernier est considéré comme un enjeu

de la santé publique du fait de ses répercussions sur la santé et sur le bien-être des individus. L'isolement social touche de manière disproportionnée les personnes âgées en raison de la perte de contacts avec le monde extérieur, dans le seul but de les préserver. L'isolement social a dès lors été politiquement traduit comme risque de santé publique dans le but de devenir un enjeu d'intervention (Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. L., 2020).

LES PRINCIPAUX DETERMINANTS DE L'ISOLEMENT SOCIAL

Pour pouvoir lutter contre l'isolement social des personnes âgées, il est nécessaire de former des acteurs de soins pour pouvoir repérer les signes de souffrance engendrée par la réduction des contacts sociaux (Lautman, A., 2016). L'isolement social dépend d'un certain nombre de facteurs qui déterminent la vulnérabilité de catégories de personnes vivant au domicile, plus fortement touchées par ce phénomène.

L'âge est l'un des déterminants principaux de l'isolement social. Les personnes âgées sont les plus touchées avec une proportion de 30% pour les personnes de plus de 85 ans. La tendance diminue de 10% pour la tranche d'âge 65-74 ans (Maggi, P., 2016). Les jeunes sont mieux armés socialement grâce à leur emploi, leur vie de famille, leurs amis, etc. Depuis la retraite, les personnes âgées ont moins d'occasion de nouer de nouvelles relations (Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C., 2018). Les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes, et c'est pourquoi elles se retrouvent plus socialement isolées (25% contre 19% pour les hommes). La perte d'un conjoint et donc le fait de vivre seul est fortement associé à l'isolement social (Maggi, P., 2016).

D'autres facteurs de risque socio-démographiques entrent en jeu. Le lieu de vie a une grande influence sur l'isolement social. Effectivement, plus d'une personne âgée sur trois résidant en maison de repos se retrouve confrontée à ce phénomène contre une personne sur cinq à domicile (Maggi, P., 2016). Il existe une différence entre des personnes vivant en région rurale éloignée et celles vivant en milieu urbain. Certains territoires ruraux ne comprennent pas de magasins et d'activités, ce qui limite les interactions. Le risque de se sentir isolé est moins important dans un milieu urbain pour autant que la personne ne soit pas en difficulté financière (Freedman, A., & Nicolle, J., 2020). La pauvreté est en forte corrélation avec l'isolement social ou autrement dit, entre le capital économique et le capital social (Maggi, P., 2016). Les problèmes financiers limitent fortement la pratique d'activités sociales comme faire du sport, aller au cinéma, rejoindre un groupe d'art, ou encore communiquer sur les réseaux sociaux.

Un mauvais état de santé est un **facteur de risque médical** puisqu'il entraîne l'arrêt de certaines activités professionnelles et sociales. Un handicap auditif, visuel, moteur, est associé à un déclin de l'autonomie et/ou de l'indépendance, ce qui évoque un risque non négligeable d'isolement social (Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C., 2018). Sortir de chez soi devient un défi majeur lorsque la mobilité est limitée. Les conditions météorologiques, l'état des trottoirs, le manque de moyens de transport, etc. font dès lors partie des difficultés supplémentaires de la vie quotidienne.

Pour certaines personnes, un mauvais état de santé pourrait réduire l'isolement social puisqu'il favoriserait les contacts sociaux via les prestataires de soins. Malheureusement, en période de crise sanitaire, beaucoup de personnes ont annulé leurs rendez-vous médicaux. Environ 25% des rendez-vous chez le médecin généraliste ont été annulés et près de 80% des rendez-vous chez le médecin spécialiste (Sciensano, 2020). L'accès aux services d'aide et de soins à domicile a également été diminué à la suite de l'épidémie. Les personnes recourant habituellement à une aide familiale ou à des soins pour personnes âgées ne reçoivent plus ces services dans 50% des cas. L'infirmière à domicile a vu quant à elle, sa prestation diminuée de 28% par rapport à une période normale (Sciensano, 2020).

La diversification et le maintien des **réseaux sociaux** sont primordiaux dans la lutte contre l'isolement social. Il existe trois types de réseaux : familial, amical et professionnel. L'appartenance à un seul de ces réseaux ne suffit pas à pérenniser le lien social lorsque surviennent des périodes difficiles à gérer comme la crise de la covid-19. Il est dès lors primordial de continuer les différentes activités sociales, qu'elles soient culturelles, politiques, professionnelles, etc., pour générer de multiples rencontres (Burlacu, A. & al., 2020).

Tableau 1: facteurs de risque de l'isolement social

Sociodémographiques	Médicaux	Sociaux
- Age avancé - Sexe féminin - Faible revenu - Vivre en maison de repos - Vivre en région rurale éloignée - Vivre en milieu urbain à faible revenu	- Multimorbidité - Handicap auditif - Handicap visuel - Handicap moteur - Covid-19	- Vivre seul - Appartenance à un seul réseau - Rétrécissement du réseau social - Diminution des activités sociales

LES CONSEQUENCES DE L'ISOLEMENT SOCIAL SUR LA SANTE

Pour contenir l'épidémie, les pays du monde entier ont mis en place des stratégies préventives. La restriction de mouvements et la distanciation sociale ont été imposées pour un certain nombre de populations, dont celle de la Belgique. Les personnes âgées ont été soumises à un isolement encore plus strict que les populations générales, dans le but de les préserver. Et pourtant, l'isolement social a des répercussions comparables aux facteurs de risque traditionnels tels que la consommation d'alcool ou de tabac (Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. L., 2020). Il s'agit donc bien d'une question de santé publique. Le confinement mis en place lors de la crise du coronavirus, à partir du 18 mars 2020, a eu de nombreuses conséquences sur la santé des plus vulnérables.

Sur le plan physique, l'isolement social engendre une réduction des activités physiques quotidiennes (De Biase, S., Cook, L., Skelton, D. A., Witham, M., & Ten Hove, R., 2020). Les conséquences de ce comportement sédentaire sont plus importantes pour les personnes âgées en raison de leur condition cardiorespiratoire compromise et de leur force musculaire réduite (Pelicioni, P. H., & Lord, S. R., 2020). Rester à la maison peut entraîner une série de complications du fait par exemple d'un manque d'exposition au soleil ou d'une mauvaise alimentation induite par l'accumulation de stocks alimentaires chez soi. Ces attitudes provoquent un affaiblissement de l'immunité et par conséquent, une augmentation du risque d'infections, en plus d'un risque accru de chutes (Pelicioni, P. H., & Lord, S. R., 2020). L'isolement social en période de pandémie a donc un impact sur la santé physique des personnes, surtout âgées et fragiles, en provoquant une augmentation du risque de chutes, une majoration de la dépendance et une sarcopénie (Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S., 2020).

Sur le plan psychologique, l'isolement social, mais aussi la réduction de l'activité physique, exercent une pression majeure sur la santé mentale (Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S., 2020). S'ajoutent à cela, la peur de la contamination, l'inquiétude pour des proches hospitalisés, le deuil entravé ou encore le prolongement d'un confinement pour les personnes les plus vulnérables physiquement, psychologiquement et/ou socioéconomiquement. Les causes de stress sont multiples et les effets sur la santé mentale s'établissent sous la forme de troubles psycho-comportementaux (Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C. & al., 2020).

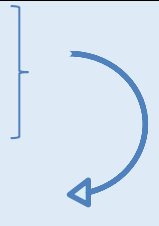
Le confinement est producteur d'ennui et d'isolement social. En effet, une fois confiné, les personnes constatent une baisse importante de leur activité quotidienne et ainsi, une réduction des compétences pour dépasser les défis personnels. La propension à l'ennui s'installe chez les personnes habituellement actives et qui sont dès lors insatisfaites de leur vie actuelle. L'ennui est également associé à des difficultés de gestion de ses émotions négatives. Les conséquences sur la santé mentale sont terribles puisqu'elles provoquent entre autres, des troubles du sommeil, de l'anxiété, de la dépression, une majoration des comportements addictifs, ou encore agressifs et compulsifs comme le suicide et les violences conjugales et parentales (Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C. & al., 2020).

La réduction des contacts sociaux induit, sur des personnes sans antécédents psychiatriques, une majoration de symptômes psychotiques tels que la paranoïa et les hallucinations. Les conjoints confinés ensemble sont plus à risque de développer un sentiment de paranoïa. Ce symptôme apparaît lorsque la durée du confinement est particulièrement longue et disparaît une fois celui-ci terminé (Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C. & al., 2020). Une étude réalisée sur l'isolement comme moyen de punition sur des prisonniers, a révélé des résultats effrayants sur leur santé mentale. Le confinement très strict provoquait chez les prisonniers un état confusionnel agité associé à des idées délirantes avec des épisodes de violence autodirigée et des phénomènes hallucinatoires (Grassian, S., 1983).

Sur le plan social, bien que le confinement et la distanciation soient synonymes de protection de la communauté, ils sont aussi équivalents à l'isolement et le sentiment d'inutilité, d'impuissance et d'exclusion (Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S., 2020). Lorsque la situation sanitaire ne s'améliore pas malgré les nombreuses restrictions et règles préventives, le stress ne peut qu'augmenter. La situation est critique d'un point de vue sanitaire mais aussi financière pour certaines personnes. Les sentiments d'angoisse, de stress, d'ennui, d'exclusion, etc. impactent distinctement la qualité de vie des personnes (Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C. & al., 2020).

L'isolement social peut ainsi affecter les fonctions physiques, psychologiques et sociales d'une personne. Les risques de mortalité ne sont pas négligeables, surtout associés à la maladie de la covid-19. En effet, celle-ci provoque une multitude de manifestations systémiques (De Biase, S., Cook, L., Skelton, D. A., Witham, M., & Ten Hove, R., 2020). Il est par conséquent extrêmement important de s'intéresser à la problématique et de trouver des solutions à court, moyen et long terme, afin d'aider les personnes dans le besoin.

Tableau 2 : conséquences de l'isolement social lié à la crise sanitaire covid-19

Isolement social lié à la crise covid-19	Conséquences
Plan physique	- Diminution de l'activité physique - Diminution à l'exposition du soleil - Mauvaise alimentation  → Affaiblissement de l'immunité → Augmentation des risques d'infection → Augmentation du risque de chutes → Majoration de la dépendance → Majoration de la sarcopénie
Plan social	- Sentiment d'inutilité - Sentiment d'impuissance - Sentiment d'exclusion
Plan psychologique	- Peur d'être contaminé - Inquiétude pour soi et pour les autres - Deuil entravé - Stress → troubles psycho-comportementaux - Ennui → difficultés à gérer ses émotions négatives - Troubles du sommeil - Anxiété - Dépression - Majoration des comportements addictifs, agressifs, compulsifs - Majoration des symptômes psychotiques

LES STRATEGIES POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL EN PERIODE DE PANDEMIE

Une série de stratégies visant à lutter contre l'isolement social des personnes âgées vivant au domicile a été trouvée en réalisant une recherche dans la littérature. Les bases de données anglophones CINHAL, PUBMED et Google Scholar ont été utilisées. Les mots clés tels que *social isolation, older adults, elderly people, activity, reduce, strategy, intervention* et *efficacy*, ont été associés grâce aux opérateurs booléens AND et OR, afin d'augmenter le nombre de documents recherchés. Suite à l'introduction de ces mots dans les différentes bases de données, ainsi qu'à la détermination de critères d'inclusion et d'exclusion (**annexe 1**), huit articles ont été retenus. Ils sont présentés dans un tableau récapitulatif à la fin de ce chapitre. Des interventions locales et communautaires de la province de Namur ont également été citées dans ce mémoire.

Il existe une panoplie d'interventions visant la réduction de l'isolement social : les clubs sociaux, la thérapie par l'humour, la réduction du stress fondée sur la pleine conscience, la visites d'animaux vivants, les groupes sportifs ou encore le soutien spirituel (Freedman, A., & Nicolle, J., 2020). Pourtant, ces activités ne sont pas adéquates à l'heure actuelle. Les différentes mesures de prévention pour protéger la population, empêchent l'application fonctionnelle de ces différentes interventions (Miller, E. A., 2020). Il est donc nécessaire d'adapter les solutions à mettre en place durant cette crise sanitaire où les contacts sociaux sont fortement limités. Pour parvenir à une réussite, il faut également une approche de développement communautaire ou autrement dit, des activités conçues et mises en œuvre par les bénéficiaires. Il faut pouvoir encourager les personnes à participer, sans pour autant les forcer, puisque cela peut engendrer des conséquences négatives sur la santé (Ejiri, M. & al., 2019).

Pour pouvoir agir dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées, il est primordial de pouvoir diagnostiquer le problème. De nombreux acteurs, tels que les médecins généralistes, les aides familiales, les kinésithérapeutes ou encore les infirmières à domicile, devraient pouvoir le reconnaître. Cependant, il existe des preuves indiquant que ces professionnels de première ligne ne sont pas capables d'évaluer l'isolement social (Burlacu, A. & al., 2020). Il est en effet difficile de le mesurer puisque l'isolement ressenti n'est pas directement lié à l'absence de liens avec l'entourage ou à l'éloignement des proches. Ainsi, les professionnels reconnaissent plutôt les conséquences de celui-ci sur la santé et le bien-être mental. Une solution à cette problématique serait de mobiliser tous les acteurs de la société pour créer du lien social (Lautman, A., 2016).

En cette période de crise sanitaire, il est important de mettre en avant le concept de solidarité entre les membres de la population. Renforcer les connexions sociales permettra de créer un plan de sécurité pour aider les personnes âgées à gérer leur santé mentale (Van Orden, K. A & al., 2020). Ainsi, les actions à mettre en œuvre sont le renforcement des canaux de communication entre les personnes âgées et leur famille, leurs proches. Il faut également pouvoir instaurer un climat d'échanges entre les prestataires et leurs bénéficiaires et pouvoir coordonner les aides entre le gouvernement local et les organisations privées et sans but lucratif.

La crise de la covid-19 peut être considérée comme une opportunité de ranimer le lien séculaire entre les jeunes et les personnes âgées (Chatterjee, P., & Yatnatti, S. K., 2020). Selon une étude menée en 2018, il existe des preuves d'amélioration des interactions sociales grâce au partage d'expériences intergénérationnel (Gualano, M. R., Voglino, G., Bert, F., Thomas, R., Camussi, E., & Siliquini, R., 2018). L'apprentissage par les enfants à l'utilisation du numérique par les personnes âgées aurait un impact positif sur les deux générations. Assurément, nombre de jeunes se sont engagés à enseigner l'utilisation des plateformes numériques aux personnes âgées. En contrepartie, ces dernières partagent leurs souvenirs et améliorent les compétences et les performances de vie des jeunes. Cette solidarité intergénérationnelle empêche l'apparition de l'isolement social et garantit pour les deux parties, une amélioration de l'humeur et des capacités cognitives (Poscia, A. & al., 2018).

Pour aider les personnes âgées vivant sans soutien familial et social, des étudiants de l'école de médecine de Yale ont lancé un programme de sensibilisation sur l'isolement social des personnes âgées en période de pandémie de la covid-19. Le but de leur démarche est d'atténuer l'isolement grâce à des appels téléphoniques hebdomadaires d'environ 30 minutes. Cette initiative a un impact positif aussi bien chez les aînés que chez les étudiants qui sont également durement impactés. Un sentiment profond de gratitude a été ressenti chez les plus âgés pour cette nouvelle relation amicale établie durant cette période de crise sanitaire (van Dyck, L., Wilkins, K., Ouellet, J., Ouellet, G., & Conroy, M., 2020).

En Wallonie, il existe des services et des centres qui proposent des activités aux personnes âgées. La Croix-Rouge est engagée dans la lutte contre l'isolement social depuis 2008. Elle envoie des bénévoles rendre visite chaque semaine, à des personnes âgées essentiellement, pour créer du lien social. L'ASBL Senoah offre également des coups de pouce à des seniors par des seniors. Leur devise est de donner de la vie à l'âge et non pas de l'âge à la vie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé le « Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés » (Freedman, A., & Nicolle, J., 2020). Leur but premier est d'encourager l'engagement social des personnes âgées à agir pour le vieillissement en bonne santé et lutter ainsi contre l'âgisme. Ce réseau crée également des environnements favorables aux personnes âgées, dans le but de renforcer l'autonomie des aînés et de faire de la promotion d'actions multisectorielles (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). La première ville belge à obtenir le label « Ville-Amie des Aînés » est Bruxelles, en 2010 et elle a rejoint le réseau francophone en 2015 (Ville-Amie des Aînés, 2020).

La pandémie covid-19 offre aux services de soins de santé, une occasion de se transformer, de se réadapter. En Belgique, les soins sont trop axés sur les hôpitaux et le nombre de lits vient à manquer. La maladie de la covid-19 provoque de nombreuses complications, surtout chez les personnes âgées et vulnérables. Les équipes de première ligne doivent donc se réinventer en créant par exemple, des programmes d'exercices communautaires spécialisés dans la réadaptation pour les personnes à risque de chutes. Les vidéoconférences et la télémédecine sont des technologies de l'information et de la communication qui sont essentielles pour le corps médical dans l'atténuation de la propagation du coronavirus (Chen, A. T., Ge, S., Cho, S., Teng, A. K., Chu, F., Demiris, G., & Zaslavsky, O., 2020). L'approche centrée sur le bénéficiaire dans le choix des actions, et la coordination des acteurs et des interventions sont deux points indispensables à intégrer dans l'objectif de lutte contre l'isolement (Miller, E. A., 2020).

Ce tableau reprend les huit articles sélectionnés sur base des critères d'inclusion et d'exclusion. Ils proposent une série de stratégies visant à briser l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile. L'ensemble des activités proposées sont adaptées aux circonstances occasionnées par la crise sanitaire de la covid-19.

Tableau 3 : Stratégies retenues dans la littérature pour briser l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile

Titre	Méthode	Participants	But
Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19	Programme téléphonique	- Etudiants en médecine - Personnes âgées	Faciliter le contact social grâce à des appels téléphoniques quotidiens
COVID-19 : La SFGG adapte et déploie ESOGER1, un outil numérique canadien	Outil sous la forme d'un questionnaire court réalisé par téléphone avec la personne âgée	- Personnes âgées et fragiles, isolées - Professionnels médico-sociaux et non-médicaux	Repérer les aînés isolés et en danger pendant la période de confinement de la Covid-19
Improving social connectedness for homebound older adults	Visites amicales ou aide à court terme par un coach de vie, par vidéoconférence	- Personnes âgées confinées à domicile	Améliorer la connectivité sociale

Le programme Vivifrail	Programme de promotion de l'activité physique	- Personnes âgées de plus de 70 ans - Professionnels de la santé	Prévenir la fragilité et les chutes chez les personnes âgées.
Reactions to COVID-19, information and technology use, and social connectedness among older adults with pre-frailty and frailty	Forum de discussion en ligne	- Personnes âgées de plus de 65 ans, fragiles ou pré-fragiles	Acquérir un sentiment d'appartenance et comprendre comment les participants relèvent les défis auxquels ils sont confrontés durant la pandémie
Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During 'Social Distancing' Restrictions	Utilisation (virtuelle) du modèle cognitivo-comportemental pour créer un plan de connexions sociales	- Personnes âgées - Professionnels de la santé	Accroître l'accompagnement du bénéficiaire en le réconfortant et en le rassurant pendant les périodes de détresse
The impact of intergenerational programs on children and older adults: A review	Plateforme d'apprentissage numérique	- Personnes âgées (+ celles atteintes de démence) - Enfants	Améliorer les interactions sociales des deux parties grâce au partage d'expériences
The impact of technology on older adults' social isolation	Robotique, télé médecine	- Personnes âgées	Réduire l'isolement social grâce aux technologies

III. METHODOLOGIE

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

CADRE DE L'ETUDE

Ce mémoire a pris forme à la suite d'une grande réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des personnes âgées vivant à domicile. C'est en discutant avec des personnes âgées que la réflexion a émergé. Elle s'est inscrite au travers d'un constat : de nombreuses personnes âgées rapportent aux travailleurs sociaux le fait qu'elles sont confrontées au phénomène d'isolement social. Cette information est identifiée de manière explicite par les dires des personnes âgées ou de manière implicite par les expressions faciales, verbales et/ou comportementales. En effet, certaines personnes souhaitent être hospitalisées le plus longtemps possible car elles reçoivent un plus grand nombre de contacts sociaux que dans leur milieu de vie. D'autres s'interrogent sur les possibilités d'obtenir des aides pour combler ce manque de vie sociale. La mémorante a dès lors souhaité réaliser cette étude en travaillant sur la lutte contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile, selon la vision des prestataires d'aide et de soins de première ligne. Elle souhaitait comprendre et mettre en avant la réalité de terrain des professionnels de première ligne.

QUESTION DE RECHERCHE

Sa première intention était de répondre à cette question : « Quels sont les moyens mis en place par le personnel soignant de première ligne pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées en période de pandémie dans la province de Namur ? ». Cependant, cette question ne répond pas aux critères de convenance d'une bonne question de recherche. En effet, la question ne cherche pas à expliquer quelque chose ou à la comprendre, mais fait uniquement référence à un complément d'informations sur des éventuels moyens mis en place pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. De plus, la mémorante a souhaité cibler sa question de recherche sur la pandémie de la covid-19 puisqu'elle est actuelle et que chaque pandémie est gérée de manière différente.

Après réflexion, la question de recherche définitive est : « **Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées : comment les prestataires de première ligne ont-ils adapté leur activité et trouvé des moyens de prévention ?** »

BUT FINAL

Le but de la recherche est de comprendre comment la pratique des prestataires de première ligne influence ou non l'accentuation du sentiment d'isolement social chez les personnes âgées de plus de 65 ans. L'étude veut également comprendre comment ces professionnels agissent avec les ressources dont ils disposent pour aider ces personnes âgées à lutter contre l'isolement social. En rassemblant les réponses de ces deux questionnements, des recommandations ou des pistes d'amélioration pour une meilleure qualité de vie et de bien-être des personnes âgées de plus de 65 ans confrontées à l'isolement social, pourront être présentées.

2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le mémoire-recherche a été choisi face aux deux objectifs finaux de l'étude, mais aussi parce qu'il est souvent employé pour contribuer à l'analyse théorique et empirique d'une question de santé publique. Pour y répondre, la mémorante a utilisé une méthodologie d'étude mixte par design séquentiel explicatif. C'est une étude qui comprend une phase de récolte de données quantitatives, suivie d'une phase de récolte de données qualitatives. Ces deux phases sont utilisées de manière concurrente afin de garantir une collecte de données riches et complémentaires, mais aussi de faciliter l'interprétation des résultats (Aujoulat, I., 2019).

La méthode qualitative va permettre de comprendre, d'analyser et de décrire l'expérience humaine de professionnels d'aide et de soins de première ligne. De plus, la question de recherche commençant par le mot « comment », il sera dès lors essentiel d'analyser les données sur base de mots, d'expressions ou encore d'expériences, de phénomènes. Pour répondre à la question de recherche, il faudra que les données à analyser soient subjectives et reflètent la pensée des différents participants. La méthode quantitative va permettre quant à elle, d'appuyer les données qualitatives grâce à une récolte d'informations sur la fréquence de comportements.

3. STRATEGIES D'ECHANTILLONNAGE

LIEU D'INVESTIGATION

Le centre de coordination « Aide et Soins à Domicile » de la province de Namur (appelé aussi ASD) a été choisi comme lieu pour le déroulement de l'étude. Cette institution comprend quatre centres dans la province : Dinant-Ciney, Gedinne, Namur-Eghezée et Philippeville. L'objectif principal de l'institution est de gérer et de coordonner l'aide et les soins à domicile.

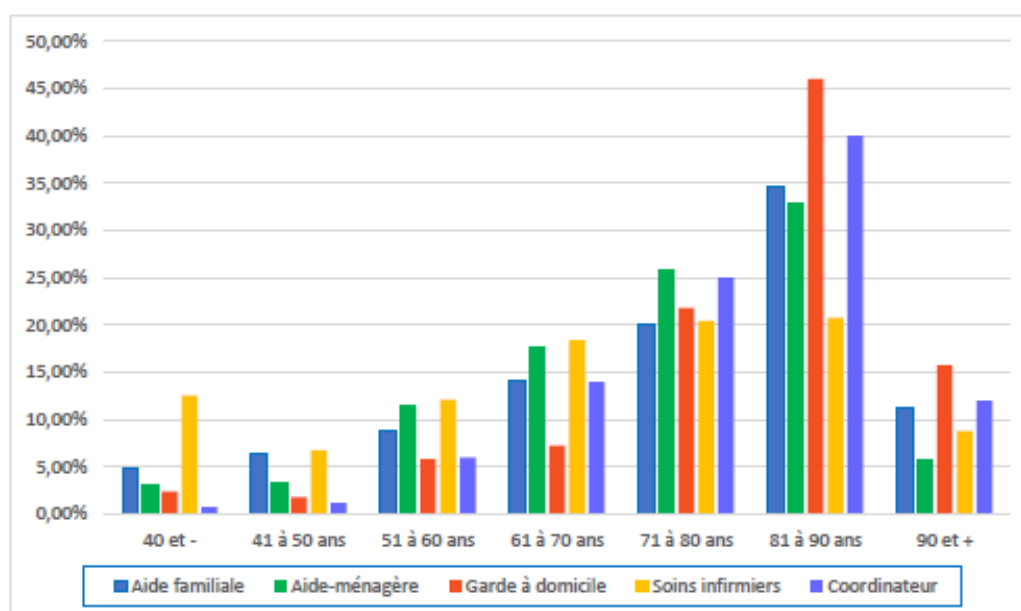
Pour ce faire, des professionnels apportent aux personnes dont l'autonomie est réduite le pouvoir de rester à domicile tout en accédant à des soins de confort et tout en augmentant leur qualité de vie grâce à une intervention continue et pluridisciplinaire. La prise en charge des patients est diverse. Elle est adaptée en fonction du public cible : personnes âgées, personnes nécessitant de l'aide à la suite d'un handicap, etc.

Tableau 4 : rapport d'activité de l'année 2019 chez ASD de la province de Namur

	40 et -	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans	81 à 90 ans	90 et +
Aide familiale	4,84%	6,35%	8,77%	14,09%	20,12%	34,64%	11,19%
Aide-ménagère	3,02%	3,27%	11,56%	17,59%	25,88%	32,91%	5,78%
Garde à domicile	2,42%	1,82%	5,85%	7,27%	21,82%	46,06%	15,76%
Soins infirmiers	12,61%	6,78%	12,14%	18,40%	20,46%	20,81%	8,81%
Coordinateur	0,80%	1,20%	6,00%	14,00%	25,00%	40,00%	12,00%

Le tableau ci-dessus indique que les bénéficiaires sont principalement des personnes âgées. Près de 2/3 des personnes qui font appel à une aide familiale ou à une aide-ménagère ont plus de 71 ans. En revanche, seulement 44 % des personnes de plus de 71 ans, ont recours au département infirmier.

Figure 1 : Rapport d'activité de l'année 2019 chez ASD de la province de Namur



Cet histogramme groupé permet de visualiser plus facilement le rapport d'activité de l'année 2019. Il indique que les bénéficiaires faisant le plus appel au service de coordination, ainsi qu'à la plupart des autres services, se trouvent dans la tranche d'âge 81 à 90 ans.

Le centre d'Aide et de Soins à Domicile de la province de Namur est impliqué dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées. Il participe à un projet franco-belge financé par le Fonds Européen de Développement Régional : *Smart Socialized Living (SSL)*. SSL souhaite renforcer les liens entre les prestataires de services mais aussi améliorer l'accès aux services de base. Le projet dispose d'une plateforme numérique adaptée aux besoins des personnes âgées et des prestataires avec lesquels ils sont en contact. Afin de guider les utilisateurs dans l'utilisation de cette plateforme, un réseau de médiateurs numériques s'est développé sur les territoires de Namur, Dinant, Philippeville, Charleville-Mézières, Sedan, Rethel et Vouziers. En plus d'un accompagnement individuel à l'utilisation des technologies, plusieurs événements permettant de rassembler les acteurs du bien-vieillir sont organisés afin de stimuler les échanges entre participants (SSL, 2020).

POPULATION DE REFERENCE ET ECHANTILLON

Pour intégrer le regard professionnel dans l'étude, le chercheur a fait appel à Aide et Soins à Domicile qui est un centre possédant un secteur de soins infirmiers, un secteur d'aide aux familles et un service de coordination. Le lieu d'investigation a ainsi permis à la mémorante d'interroger plusieurs corps de métier au niveau des soins, comme l'infirmière, et au niveau de l'aide, comme l'aide-familiale, l'aide-ménagère ou encore la garde-malade. L'ensemble des participants ont été choisis par la directrice du centre de coordination de soins et la coordinatrice de soins à domicile du secteur de Ciney. Elles ont fait une sélection de professionnels, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, mais aussi de la participation volontaire de ceux-ci.

Il s'agit d'un échantillon de convenance qui repose sur des critères d'inclusion prédéfinis en fonction des objectifs de l'étude :

- Professionnel de la santé ou d'aide ;
- Professionnel travaillant dans le centre de coordination Aide et Soins à Domicile dans la province de Namur ;
- Professionnel travaillant au domicile des personnes âgées de plus de 65 ans ;
- Professionnel ayant plus d'un an d'ancienneté au sein du centre de coordination d'ASD de la province de Namur.

Les critères d'exclusion à l'étude sont les suivants :

- Professionnel de la santé travaillant dans la deuxième ligne de soins ;
- Prestataire en situation de charge émotionnelle trop importante selon sa ligne hiérarchique. Des espaces ont été prévus par ASD pour permettre le debriefing psycho-social. Il n'a pas été jugé souhaitable que les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire se substituent à ces espaces qui nécessitent une expertise en soins psychologiques ;
- La mémorante a réalisé un stage dans le centre de la zone de Namur-Eghezée dans le cadre de son option de « coordination et réseau de soins ». Elle a ensuite été engagée en janvier 2021 pour rejoindre l'équipe de coordination de soins à domicile sur le secteur d'Eghezée. Afin d'éviter un grand nombre de biais, elle a obtenu des entretiens avec des professionnels qui ne travaillent pas dans le même secteur et avec lesquels elle ne collaborait donc pas. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des prestataires d'aide et de soins sans lien hiérarchique.

4. OUTIL DE COLLECTE DE DONNEES

Durant cette étude, plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées afin de croiser différents types d'informations selon les hypothèses définies antérieurement. De ce fait, l'analyse statistique des données a été utilisée comme méthode d'évaluation quantitative et l'entretien semi-directif comme outil de collecte de données qualitatives.

L'analyse statistique des données est une analyse à orientation quantitative dont les chiffres et pourcentages. Ces derniers sont présentés dans des tableaux et sous forme de graphiques en bâtonnets. Cette méthode quantitative sert à étudier plusieurs variables en parallèle et à manipuler des volumes de données chiffrées. Aucune prise de position, ni d'interprétation n'est demandée dans ce temps d'analyse des données (Roberton, G., & Cateau, C., 2004).

Les informations qualitatives sont recueillies grâce à une méthode pouvant être représentée par différents outils de collecte de données. On retrouve principalement le questionnaire et l'entretien. C'est ce dernier qui a été choisi car cette méthode permet de construire un discours et ne s'arrête pas à une réponse simple. Il permet également de bénéficier d'expériences concrètes, de la part des interviewés, qui apporteront des réponses à la question de ce mémoire. Seul l'entretien permet d'analyser le contenu d'un véritable échange, en

utilisant des processus de communication et des interactions humaines (Roberton, G., & Cateau, C., 2004). La mémorante a décidé de réaliser un ensemble d'entretiens semi-directifs caractérisés par la liberté de parole dans un cadre défini. Un guide d'entretien (annexe 3) a été préalablement réalisé par l'interviewer sur base des hypothèses de recherche, présentées ci-dessous. A partir de celles-ci, divers thèmes sont ainsi introduits. On retrouve par exemple, la perception de l'isolement social, les stratégies permettant de briser l'isolement sociale ou encore l'adaptation du travail face à la crise sanitaire. Chaque thème comprend trois à cinq questions ouvertes dont les thèmes permettent d'aborder ou d'obtenir l'opinion de l'interlocuteur s'il ne l'exprime pas spontanément.

Avant de réaliser ses entretiens, la mémorante a émis plusieurs **hypothèses d'investigation** à partir des données issues du cadre théorique. Elles sont au nombre de six :

1. Les prestations d'aide et de soins à domicile ont diminué pendant la première vague de la crise sanitaire covid-19 ;
2. Les prestataires ont été mis à mal dans leur identité professionnelle à cause d'une interruption temporaire de leur activité qui a ainsi influencé la relation avec leurs bénéficiaires ;
3. Les prestataires ont été mis à mal dans leur identité professionnelle à cause d'une forte perception de la gravité des situations dans lesquelles vivaient les bénéficiaires durant cette pandémie de covid-19 ;
4. Cette mise à mal est différente selon les prestataires (par exemple : les infirmiers pourraient être moins touchés que les aide-ménagères, car ils ont continué à venir) ;
5. La crise sanitaire de la covid-19 a grandement amplifié la situation de l'isolement social chez les personnes âgées vivant à domicile.
6. Les prestataires de soins à domicile ont mis en place des moyens de garder contact ou de rompre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile ;

5. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

En janvier, la mémorante a obtenu deux rapports d'activités du centre de coordination d'ASD, l'un datant de l'année 2019 et l'autre de l'année 2020. Un ensemble d'indicateurs de gestion a été identifié dans le domaine de la tarification, des visites, des patients, des soins et enfin, du suivi du personnel. Un tableau reprenant un ensemble de valeurs chiffrées permettant

de répondre à la question de recherche a été réalisé. Ces données quantitatives ont été analysées sur base de comparaisons de moyennes mensuelles mais également annuelles.

Après la récolte de données qualitatives réalisées à travers les entretiens semi-directifs, la mémorante a saisi le sens des informations recueillies, au-delà de la signification première. Pour ce faire, elle a retranscrit intégralement chaque entretien grâce aux enregistrements audio. Elle les a ensuite lus attentivement à plusieurs reprises afin de déceler des unités d'analyse. Ces dernières correspondent à un mot, une phrase, un paragraphe qui sont pourvoyeurs de sens ou de signification. Le découpage de la matière en unités d'analyse correspond à des thèmes de valeur de description qui sont en rapport à la fois avec la question de recherche, les objectifs de l'étude et le contenu qui est traité. Une information est retenue comme importante lorsqu'elle met en lumière une autre information et non pas uniquement parce qu'elle a été citée un grand nombre de fois. Ainsi, les résultats des données obtenues par une approche qualitative seront analysés par catégories émergentes dans le cadre d'une démarche inductive (Aujoulat, I., 2019).

L'analyse s'est ensuite poursuivie par une démarche de thématisation continue. Celle-ci se caractérise par la réalisation progressive d'un arbre thématique. Au fur et à mesure de l'identification d'unités d'analyse dans les différents entretiens, une synthèse des données a permis d'obtenir une analyse fine et riche. La grille d'analyse évolue jusqu'à saturation des données récoltées (Aujoulat, I., 2019). Elle a ensuite réalisé des synthèses sous forme de cartes conceptuelles pour mettre en évidence les similarités entre les différents entretiens.

6. CONSIDERATION ETHIQUE

L'ensemble des participants ont été informés préalablement des objectifs de l'étude et des modalités pratiques de celle-ci, grâce à une lettre (annexe 2). Ils ont été invités à y participer de manière volontaire et ont donc eu le droit de refuser d'y prendre part. Ils avaient le droit de se retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Le refus de participer n'a entraîné aucune pénalité, ni perte d'avantages au travailleur.

L'expérimentation a été réalisée dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) de la loi belge du 30 juillet 2018. La mémorante a été tenue à la plus stricte confidentialité des données qu'elle recevait. Ainsi, les entretiens se sont déroulés individuellement afin de garantir la protection de la vie privée. De plus, l'identité du participant

reste strictement confidentielle. Elle ou tout autre élément qui permettrait de l'identifier (lieu, situations des personnes âgées suivies, etc.) n'est en aucune manière reconnaissable dans des dossiers accessibles à des tiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Aucune donnée individuelle n'a été communiquée à la directrice du centre de coordination de soins ASD. Seuls les résultats synthétiques issus de l'ensemble des entretiens ont mis à disposition d'ASD. Enfin, les participants avaient le droit d'accéder à ses données et de modifier celles-ci s'ils le souhaitaient.

L'entretien semi-directif a été enregistré avec l'accord de l'interviewé, de façon à être transcrit pour permettre une analyse complète des échanges. Cette transcription n'a été disponible que pour la mémorante. Elle s'est assurée de supprimer l'ensemble des enregistrements lorsque son étude a pris fin et de rester à disposition des participants qui souhaiteraient obtenir les résultats de l'expérimentation.

7. PROFIL DU CHERCHEUR

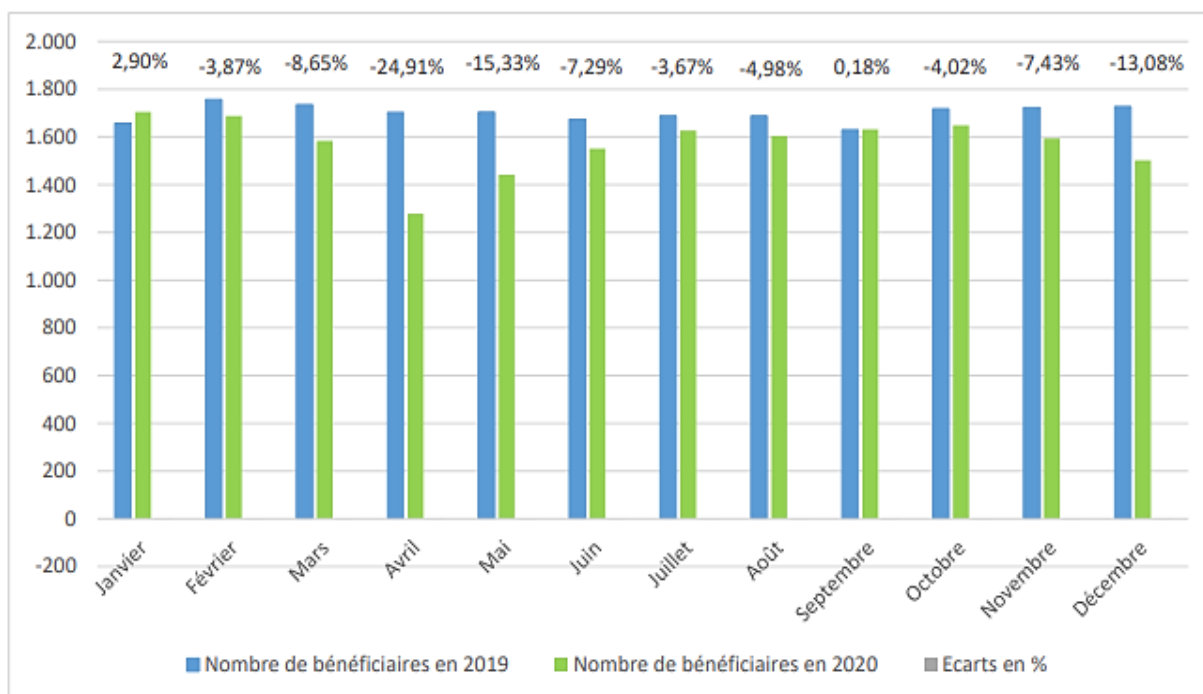
L'auteure de la recherche s'appelle Jaëlle Du Four et est étudiante en Master de Santé Publique à UCLouvain. Elle possède une formation initiale en soins infirmiers généraux, parachevée d'une spécialisation en santé communautaire. La mémorante n'avait pas encore débuté de carrière professionnelle avant le mois de janvier 2021. Elle a alors signé un contrat à durée déterminée chez « Aide et Soins à Domicile » de la province de Namur, lieu d'investigation. Avant cela, elle puisait son expérience à travers des jobs d'étudiants au sein d'un service social hospitalier et dans plusieurs maisons de repos de la province de Namur.

IV. RESULTATS

1. PRESENTATION DES DONNEES QUANTITATIVES

La mémorante a analysé les données quantitatives des rapports d'activités de l'année 2019 qui est une période de référence pour les prestataires d'Aide et Soins à Domicile, et de l'année 2020 qui est la période durant laquelle le virus s'est propagé. Suite à l'analyse de ces chiffres, un tableau comparatif (annexe 4) a été réalisé, afin d'identifier l'écart en pourcentage du nombre de bénéficiaires du secteur des soins infirmiers recensés durant les deux périodes. Ces données sont présentées ci-dessous sous la forme d'un graphique en batônnets.

Figure 2: Evolution du nombre de bénéficiaires en soins infirmiers entre 2019 et 2020



On observe, en janvier 2020, une augmentation de 2,9 % du nombre de bénéficiaires du secteur des soins infirmiers par rapport à la même période en 2019. Cela s'explique par le fait que le virus n'est apparu en Belgique qu'à partir du 4 février. Il n'y a donc pas eu de répercussions sur le centre d'aide et de soins durant ce mois de janvier. Ce n'est qu'à partir de février 2020 qu'on perçoit une diminution du nombre de bénéficiaires, allant jusqu'à 25 % durant le mois d'avril. Cette réduction drastique correspond au moment où les autorités belges ont décidé d'appliquer des mesures de sécurité telles que la distanciation sociale, le port du masque et plus particulièrement le confinement général appliqué le 18 mars 2020.

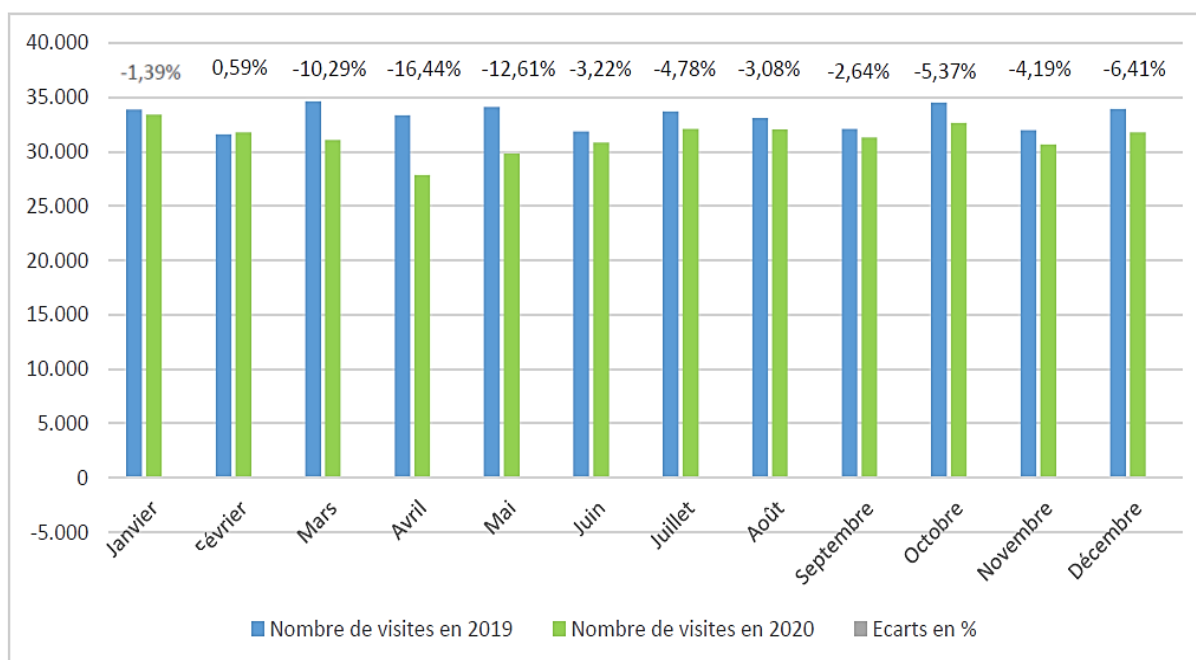
De mai à juillet 2020, plusieurs phases de déconfinement ont été fixées et organisées progressivement dans le but de relancer les différents secteurs économiques et de retrouver une certaine socialisation. L'écart du nombre de bénéficiaires entre 2019 et 2020 durant ces quelques mois printaniers est à la baisse, même si la diminution est encore fort présente.

En septembre 2020, Aide et Soins à Domicile a revu son nombre de bénéficiaires augmenter légèrement par rapport à 2019, ce qui indiquait un certain retour à la normal. Selon Sciensano (2020), un maximum de 13 décès par jour a été dénombré entre juin et août. Les personnes ayant besoin d'aide et/ou de soins sont ainsi revenues vers ASD pour bénéficier des différents types de prestations.

La seconde vague de la crise sanitaire a débuté en octobre 2020. Cet événement se reflète dans les données quantitatives puisqu'une diminution du nombre de personnes bénéficiant des soins infirmiers est de nouveau visible. Le pourcentage de réduction des bénéficiaires durant le premier mois de la seconde vague (octobre) est plus important que lors du premier mois de la première vague (février). Par contre, on peut observer une diminution moindre mais toujours aussi présente durant les mois qui suivent. Les mesures sanitaires étant les mêmes que durant la première vague, cela pourrait signifier que les bénéficiaires de soins ont ressenti un besoin d'aide au niveau des soins infirmiers. Les personnes malades ou en perte d'autonomie ont certainement compris qu'elles ne pouvaient se passer des services de soins infirmiers. La peur d'être contaminé par le personnel infirmier durant la première vague s'est peut-être aussi adoucie durant la seconde vague. Cela reste évidemment des hypothèses qui pourront être vérifiées à travers les données qualitatives récoltées durant les entretiens.

Les rapports d'activités d'ASD ont également permis d'analyser des données se rapportant au nombre de visites effectuées par les infirmières à domicile durant l'année 2019 et l'année 2020. Un bénéficiaire peut jouir d'une ou plusieurs visites par jour, par semaine, par mois. Une diminution du nombre de bénéficiaires peut expliquer une diminution du nombre de visites à domicile. Un tableau comparatif entre les deux périodes a été réalisé et inséré dans l'annexe 4. Les données quantitatives sont présentées dans le graphique ci-dessous. L'écart en pourcentage de l'évolution des visites en soins infirmiers entre 2019 et 2020 est également présenté pour chaque mois de l'année.

Figure 3 : Evolution des visites en soins infirmiers entre 2019 et 2020

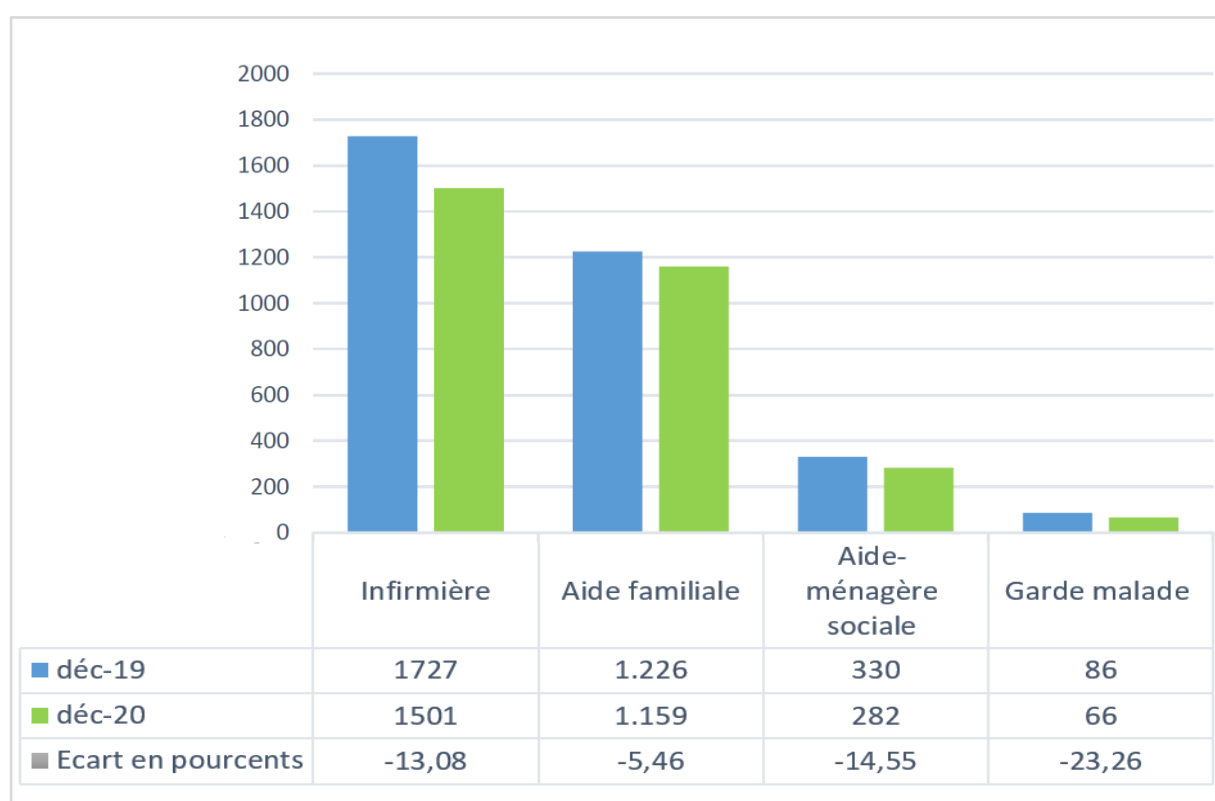


On observe une réduction des prestations durant la période de la première vague de coronavirus (mars à mai). La période de déconfinement est synonyme d’une nouvelle hausse des visites à domicile sans pour autant rivaliser avec l’année 2019. Malgré les soucis de santé qu’occasionne le virus, en plus des problèmes habituels, beaucoup d’habitants de la province de Namur dans le besoin ne recourent pas au service infirmier.

Durant la seconde vague, les chiffres indiquent une légère diminution par rapport à la période de relâchement des mesures. La réduction des visites varie entre 4 et 6,5 % pour les 3 derniers mois de l’année. Comme indiqué dans la précédente analyse intitulée « nombre de bénéficiaires du secteur des soins infirmiers », on peut remarquer que le nombre de visites durant la seconde vague n’est pas aussi réduit que lors de la première vague.

Le graphique suivant montre une comparaison du nombre de bénéficiaires d’un service entre le mois de décembre de l’année 2019 et celui de 2020. Il existe quatre services présents au sein du centre de coordination « Aide et Soins à Domicile » : le service d’infirmière, d’aide familiale, d’aide-ménagère sociale et de garde malade.

Figure 4 : Evolution des bénéficiaires de différents secteur durant le mois de décembre 2019 et 2020



En s'intéressant aux résultats du premier service, on perçoit une nette diminution de 13,08 % des bénéficiaires durant le mois de décembre. On observe pour le deuxième service, une réduction de 5,46 % des personnes bénéficiant d'une telle aide au niveau de la vie quotidienne (aide à la toilette, à l'habillage, préparation des repas, aide au nettoyage, aide administrative, etc.). Le troisième service a vu sa population réduite de près de 15 %. De nombreuses personnes se sont donc retrouvées sans aide pour nettoyer leur maison et repasser leur linge. Le dernier service enregistre une diminution de 23 % de leurs bénéficiaires. Les garde-malades ont pour rôle d'apporter une présence régulière aux personnes en perte d'autonomie qui rencontrent des difficultés à rester seules. Cela peut s'expliquer par le fait que des mesures gouvernementales comme le télétravail ou la suppression des activités non essentielles aient permis à de nombreuses personnes de garder leurs proches.

Ces chiffres sont à prendre avec précautions puisque le mois de décembre correspond à la période de deuxième vague de l'épidémie de coronavirus. Les données quantitatives n'auraient pas été les mêmes durant le mois d'avril de l'année 2020. Malheureusement, les données de cette période plus difficile au niveau des soins infirmiers n'ont pas été communiquées.

2. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE QUALITATIVE

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés sur base du volontariat. Huit professionnels avaient donné leur accord pour y participer. Malheureusement, une garde-malade a décidé de se retirer de l'expérimentation après avoir annulé plusieurs fois l'entrevue prévue. En effet, de nombreuses personnes étaient malades dans son équipe et elle a dû effectuer des heures supplémentaires durant le mois de mars.

Les sept autres participants ont consacré en moyenne 45 minutes de leur temps pour répondre aux différentes questions. L'ensemble des entretiens s'est déroulé durant le mois de mars, soit dans le centre de coordination le plus proche des répondants, soit via l'outil de communication « Teams ». Lorsque les entretiens semi-directifs étaient réalisés en présentiel, une salle était préalablement réservée, afin de respecter les distanciations sociales. Après le sixième entretien, plus aucune nouvelle donnée significative n'a été récoltée.

Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon

Répondant	Sexe ¹	Profession	Ancienneté (années)	Temps de travail	Fonction
1	F	Coordinatrice	9 ans	3/5 temps	Coordonner les services d'aide et de soins
2	F	Secrétaire	16 ans	Mi-temps	Gérer les appels téléphoniques, le matériel, les agendas
3	F	Infirmière en chef	19 ans	Temps plein	Gérer une équipe Gérer des tournées
4	F	Infirmière	22 ans	Temps plein	Prodiguer des soins Veiller au confort et au bien-être
5	F	Téléphoniste	8 ans	Mi-temps	Gérer les appels téléphoniques
6	F	Directrice du département infirmier	9 ans	Temps plein	Porter de nouveaux projets Représenter l'institution Gérer des équipes Améliorer les conditions de travail
7	F	Aide-ménagère	16 ans	Mi-temps	Entretenir les maisons et gérer le linge

¹ F (féminin)

En raison de la crise sanitaire et de la disponibilité des professionnels de terrain, le nombre de participants aux interviews s'est réduit. La surcharge de travail des professionnels de première ligne n'a pas permis à certaines personnes de se libérer pour participer à l'expérimentation. En effet, afin d'éviter une troisième vague durant cette épidémie de coronavirus, les hôpitaux ont tenté de réduire au maximum la durée de séjour de leurs patients. C'est ainsi qu'ils ont sollicité les services de première ligne pour permettre aux malades d'effectuer leur fin de quarantaine en toute sécurité. Les services de garde-malades, d'aide-familiales et d'infirmières ont été grandement prisés. De ce fait, la mémorante a reçu une bonne dizaine de refus à sa demande d'expérimentation sur le sujet de l'isolement social des personnes âgées vivant au domicile.

Pour élargir le recrutement, d'autres professionnels ont été sollicités : le secrétariat qui est tout de même en contact avec le public cible, ou encore la direction qui prend des directives auprès de son personnel pour améliorer le bien-être des bénéficiaires. Le troisième critère d'inclusion, intitulé « professionnel travaillant au domicile des personnes âgées de plus de 65 ans » a ainsi été modifié au cours du temps. Il a été remplacé par « professionnel travaillant pour le bien-être des personnes âgées de plus de 65 ans ».

3. PRESENTATION DES DONNEES QUALITATIVES

Les entretiens semi-directifs avaient pour but de répondre à la question de recherche qui est en réalité constituée de deux questions.

- Savoir comment les prestataires de première ligne ont adapté leur activité professionnelle durant l'épidémie de la covid-19.
- Savoir quels moyens de prévention ont été trouvés par les prestataires de première ligne pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées de plus de 65 ans.

Les résultats récoltés sont présentés à l'aide de cartes conceptuelles, dans l'objectif de visualiser les concepts clés qui en ressortent. Ces cartes indiquent les notions les plus souvent exprimées lors des différents entretiens réalisés.

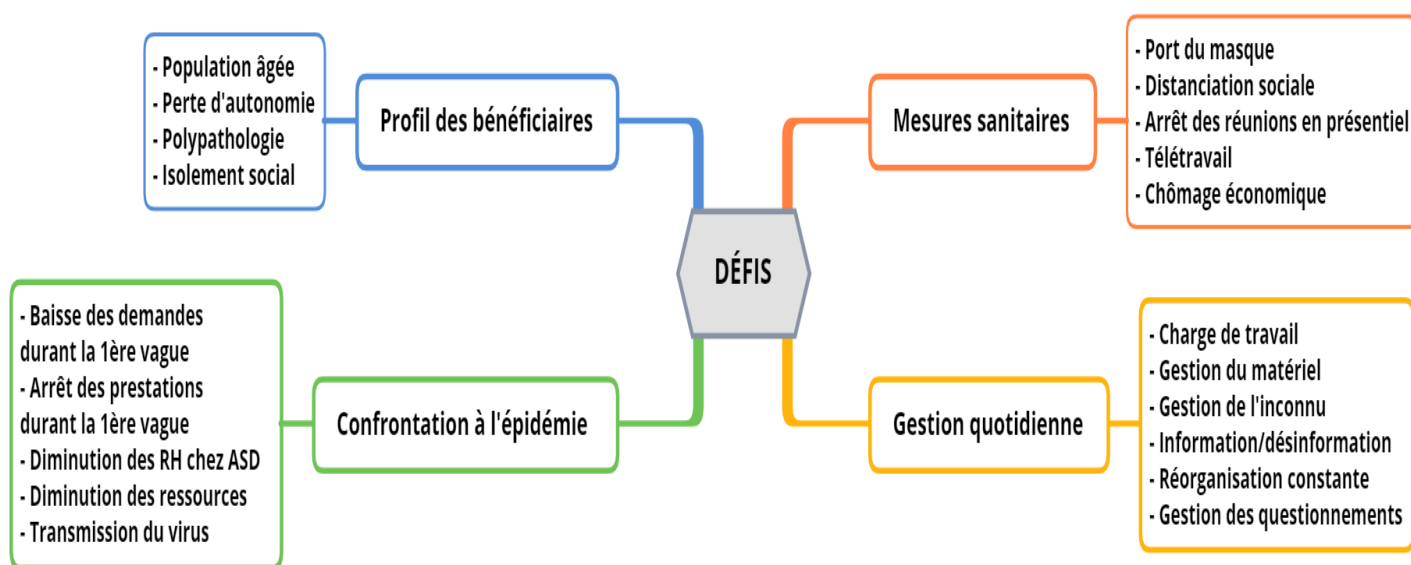
ADAPTATION DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES PRESTATAIRES DE PREMIERE LIGNE

Les premières questions du guide d'entretien traitent du sens donné au travail et du déroulement de l'activité professionnelle avant la crise sanitaire. Cette première approche donne une idée du travail effectué habituellement par les prestataires d'ASD et par la suite, de l'existence d'une différence ou non par rapport au contexte actuel.

Les personnes interviewées ont affirmé aimer plus que tout le contact social dans leur métier. L'utilité et la variété des actions ont également été mentionnées par cinq professionnels. Le travail effectué varie pour chacun puisque leurs fonctions sont très dissemblables. L'infirmière et l'aide-ménagère travaillent exclusivement au domicile des bénéficiaires. La secrétaire, la téléphoniste et la directrice du département infirmiers effectuent leur travail uniquement au bureau. Enfin, la coordinatrice et l'infirmière en chef ont un métier composé de travail de terrain et de travail administratif. Malgré la diversité des profils des professionnels, de nombreux points communs se rejoignent dans le cadre de l'adaptation professionnelle.

Plusieurs concepts ont été identifiés et regroupés sous les dénominations suivantes : défis, barrières, supports reconnus, et stratégies de l'adaptation de l'activité professionnelle. Quatre cartes conceptuelles ont été réalisées à partir de l'analyse des sept entretiens semi-directifs. Elles représentent un résumé général regroupant les notions les plus souvent exprimées par les professionnels d'Aide et Soins à Domicile.

Figure 5 : Défis affrontés lors de l'adaptation de l'activité professionnelle



Durant cette crise sanitaire, les professionnels font face à une série de **défis** qui perturbent leur activité quotidienne. Parmi l'ensemble des participants à l'étude, seules les deux travailleuses de terrain, l'infirmière et l'aide-ménagère, ont perçu très peu de changements dans leur activité professionnelle. « *Ça a très peu changé dans le sens où, à part être plus attentif, voir si la personne vient de l'hôpital, a eu des contacts avec sa famille ou avec des voisins, ça n'a guère changé ! Franchement, il y a eu très peu de changements* » [E4] ; « *Moi personnellement, je n'ai pas vu beaucoup de changements depuis la crise* » [E7]. Pour les cinq autres, le changement était bien plus important. « *Ça a beaucoup changé* » [E2] ; « *Il y a eu pas mal de modifications en effet, car le chômage technique et le télétravail, on ne connaissait pas* » [E5] ; « *Oui, il y a quand même eu pas mal de changements, et surtout au début parce qu'il a fallu mettre en place toutes les procédures pour le personnel de terrain* » [E6].

Les mesures sanitaires imposées par le gouvernement ont eu un certain impact sur les différents métiers. Le port du masque a été mentionné par l'ensemble des participants. Celui-ci a occasionné différents désagréments durant leur prestation chez des bénéficiaires. Chez certaines personnes, « *c'est assez compliqué parce que les gens ne comprennent pas ce qu'on leur dit parce que le masque étouffe la voix* » [E1] ; chez d'autres, « *ce qui a été difficile, ça a été de faire comprendre aux personnes âgées pourquoi on leur demandait de mettre un masque, quel était le but du masque, etc.* » [E2]. Dans l'incompréhension, certaines personnes disaient « *on retire tout ça ! Si tu mets le masque et tout, tu n'as pas besoin de venir chez moi !* » [E2], ou encore « *Oh enlève ton masque, il n'y a pas de mal, vous avez déjà fait votre vaccin* » [E7].

Les mesures sanitaires ne s'arrêtent malheureusement pas au port du masque. Les réunions en présentiel ont été stoppées du jour au lendemain, laissant place aux courriels, au téléphone et aux outils informatiques. Le ressenti face à ce fait est négatif. « *J'espère qu'on va revenir dans la dynamique d'avant car on n'a plus eu de réunions depuis un an, on ressent le manque d'intérêt* » [E3]. « *On a dû tout transmettre aux infirmières, mais sans réunion et sans se voir parce qu'on ne pouvait pas, donc ça a été mails, mails, mails. Mais trop de mails tuent le mail parce qu'elles ne lisaient plus tout à la fin, donc ça a été téléphone, téléphone, téléphone. Ça a été super compliqué au niveau de la communication au sein de l'équipe* » [E2].

Le télétravail partiel a en revanche été une belle expérience pour de nombreuses personnes. « *On a pu remarquer que ça avait du bon parce qu'on pouvait avancer plus vite sur certains dossiers. Ça a été une opportunité de découvrir le télétravail* » [E6].

Le profil des bénéficiaires est un second défi pour les prestataires d'aide et de soins. Une grande majorité des bénéficiaires sont âgés de plus de 65 ans. « *Dans 90 % des cas, ce sont des personnes âgées* » [E1] ; « *La patientèle est majoritairement des personnes âgées qui ont un passage infirmier 2-3 fois par jour, plus les aides-familiales qui passent, les garde-malades, ou alors la famille si elle est présente* » [E2]. Ces passages réguliers de la part des différents corps de métier indiquent que les bénéficiaires sont en perte d'autonomie, du fait de leur âge et/ou de polypathologies. « *Ce sont des pathologies comme des AVC, du diabète, des maladies de personnes âgées, enfin, je veux dire que la vieillesse engendre une dégradation de l'état général* » [E2].

Les personnes bénéficiant de services d'aide et de soins sont forts isolées. Les raisons de cet isolement peuvent être géographiques, comme le fait de vivre en région rurale. « *Tout ce qui est village, on n'a pas forcément de magasins* » [E1] ; « *Au niveau des conditions de vie, oui, c'est un abandon total* » [E4]. Selon les interviewés, l'isolement peut également être occasionné par le réseau social. « *Il y avait des personnes qui avaient déjà très peu de visites mais là, elles n'en ont pas du tout. (...) Il y a le manque de temps, mais le manque de temps était déjà là avant. J'ai envie de dire que certaines personnes ont la non-envie de s'occuper de leurs parents* » [E4]. Parfois, les deux raisons citées ci-dessus peuvent survenir en même temps. « *De nombreux bénéficiaires sont isolés parce que la famille n'était pas très proche localement, géographiquement parlant. Par exemple, j'ai un bénéficiaire qui a une fille qui habite Bruxelles et donc on a mis à disposition des services d'aide à domicile mais voilà, sur le terrain elle ne sait pas être présente* » [E5].

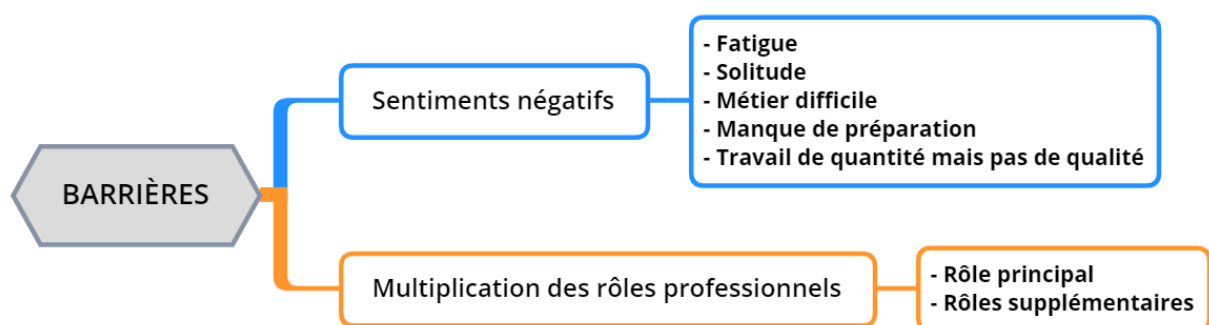
Les professionnels sont **confrontés à une série de problématiques durant cette crise sanitaire**. Tout d'abord, durant la première vague, un grand nombre de personnes vivant au domicile ont mis fin à leur demande de services d'aide et de soins. « *Le bénéficiaire a commencé de lui-même à annuler les prestations au début de la crise. Le bénéficiaire par peur de l'inconnu a annulé les prestations* » [E5]. En plus d'avoir peur de l'inconnu, les bénéficiaires sont parfois réticents face à la venue des prestataires qui passent de maison en maison et constitueraient donc un agent de transmission du virus. « *Je pense que les gens se sont moins soignés à cause de la covid et les familles ne voulaient pas d'une certaine manière puisque nous, on allait de maison en maison. On était un peu des risques pour ces personnes car on pouvait être porteurs du virus* » [E2] ; « *Certains avaient les chocottes parce qu'ils savent qu'on vient d'une autre maison* » [E4].

Ensuite, de nombreux prestataires de première ligne ont stoppé temporairement leur activité, occasionnant ainsi une diminution des ressources humaines et une réorganisation constante de la part des professionnels qui ont maintenu leur activité durant la première vague. « *Au niveau du travail, ça a été tout un changement puisque pendant le premier confinement, il y avait quand même beaucoup d'activités à l'arrêt. Donc voilà c'est toujours se réorganiser par rapport au confinement, au déconfinement, etc.* » [E1] ; « *Les kinés, les aide-familiales, les pédicures et les coiffeurs ont abandonné les patients. Nous, on était seuls ! Donc parfois on faisait tout en même temps : « tu ne veux pas me couper les ongles et ma mèche ? »* » [E4].

Enfin, plusieurs travailleurs d'ASD ont été touchés par le coronavirus, diminuant ainsi l'effectif au sein des équipes. Cette diminution des ressources humaines a provoqué une augmentation de la charge de travail pour le reste du personnel. « *Il y avait des malades, mais c'était la covid donc, on n'en pouvait rien et tout le monde a fait des heures supplémentaires pour pouvoir atteindre notre objectif qui était de soigner les gens* » [E2] ; « *On a deux absentes donc, on a un temps renfort qui est en écolage maintenant. Donc, d'office, on a un surplus de travail parce que écoler ça demande du temps* » [E5].

La gestion quotidienne des professionnels durant cette épidémie a été déterminée par une charge de travail et la gestion de l'inconnu comme indiqué susdit. De plus, les travailleurs sont confrontés aux questionnements des bénéficiaires, des familles ou des collègues. Ils doivent constamment les informer mais aussi les désinformer. « *Il y a des personnes âgées qui ne comprennent pas les choses donc, on doit leur expliquer* » [E7] ; « *Informé, désinformer parfois, parce que les médias se contredisent...et surtout rassurer !* » [E4]. Enfin, l'épidémie a contraint les professionnels à trouver du matériel. « *J'ai dit à mon équipe, soit on travaille en sécurité, soit on ne travaille pas ! Il faut se protéger et protéger les patients* » [E2].

Figure 6 : Barrières rencontrées lors de l'adaptation de l'activité professionnelle



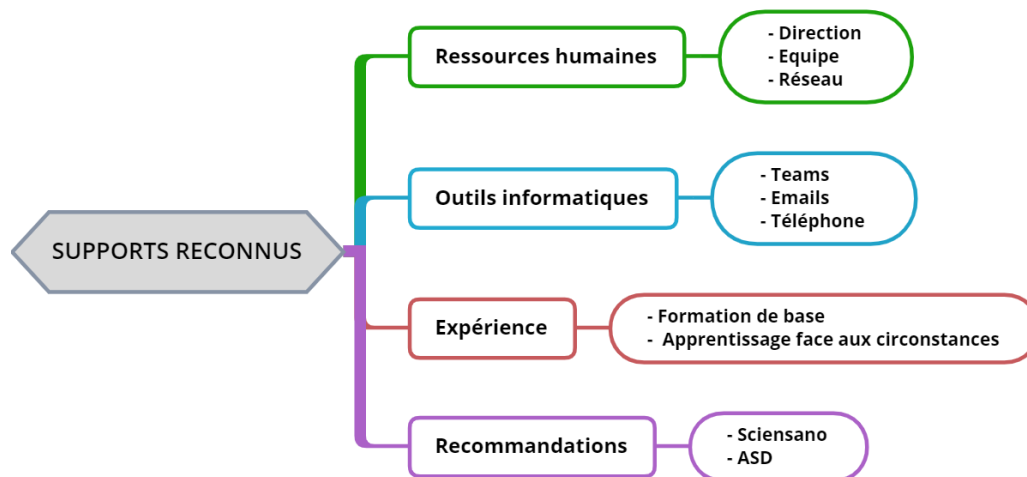
L'adaptation de l'activité professionnelle durant cette épidémie a été mise à mal par les **sentiments négatifs** ressentis par les travailleurs. Le contexte épidémique a causé de la fatigue pour l'ensemble des participants à l'étude. « Là, on est maintenant dans la lassitude et donc, il y a beaucoup de fatigue » [E6] ; « Ça a été une accumulation de choses qui ont fait que ça n'a pas été facile. Et là je sens que j'arrive... le fait d'avoir eu un burn-out, je connais mes limites et je sens que j'arrive de nouveau au bout et qu'il est temps de trouver des solutions » [E3]. Le manque de préparation par rapport à la situation a également été relatée par l'ensemble des interviewés. « Non. Dans nos études non plus, on ne nous a pas préparé » [E6] ; « C'est arrivé comme un boulet de canon, donc on ne s'y attendait pas vraiment » [E3] ; « Non, c'était l'inconnu ! » [E5].

Les conditions de travail sont également difficiles à gérer pour la plupart des professionnels. Deux personnes ont exprimé clairement leur situation professionnelle tandis qu'une autre a relaté les conditions de travail difficiles de ses équipes. « Je me suis dit que c'était lourd par moment. Mais voilà, je me suis dit que c'était difficile pour tout le monde. Au niveau de la profession, c'était difficile » [E1] ; « Oui, c'est sûr que ça a été compliqué mais par rapport aux hôpitaux, je pense qu'on a été relativement protégés (...) Les infirmières en chef s'épuisent parce que les infirmières s'épuisent aussi en étant sur le terrain, parce qu'il y a une pression quand même car elles ont peur pour elles et pour leurs proches, comme ils sont en contact avec des patients covid » [E6].

Pour l'une des travailleuses de bureau et l'une des travailleuses de terrain, la qualité du travail a été remplacée par la quantité. « Il y a des choses qui se sont ajoutées à notre travail. La qualité n'y sera pas ! Je n'aime pas travailler comme ça » [E3] ; « Maintenant ce n'est pas la qualité, mais la quantité. Il y a quelques lettres qui ont changé et qui ont toutes leur importance » [E4]. Accomplir et gérer ce travail est parfois associé à la solitude des prestataires. « Ça a déjà été difficile de gérer en plus d'être ici seul au bureau » [E3] ; « Mon secteur est décentralisé, je suis toute seule » [E1] ; « Ce qui me manque à contrario, c'est justement cette proximité avec les équipes au niveau de la gestion des responsables d'équipe » [E4].

Le contexte épidémique et l'arrêt de certaines prestations durant la première vague ont **multiplié les rôles des professionnels** de première ligne. « Le jeudi après-midi, je fais le testing du covid dans un centre » [E1] ; « Ma cheffe adjointe et moi, on a été beaucoup en tournée à ce moment-là » [E2] ; « On doit en plus faire les commandes et les stocks de matériel » [E3].

Figure 7 : Supports reconnus lors de l'adaptation de l'activité professionnelle

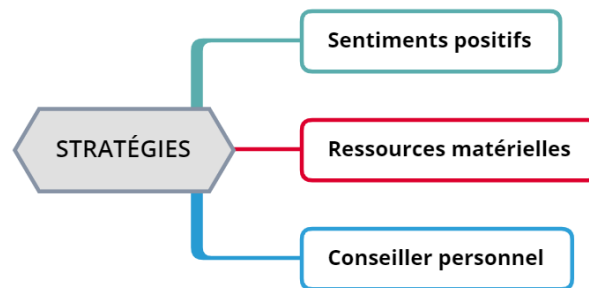


Durant cette crise sanitaire, les professionnels travaillant chez ASD Namur ont pu compter sur plusieurs **ressources humaines** et **recommandations** élaborées par Sciensano et l'ASD. La direction a été un soutien moral, un support organisationnel et une ressource dans l'aide à la décision et la gestion du matériel. « Nous avons été fort soutenus par la direction. On a eu toutes les directives par la direction par rapport au matériel, etc. » [E2] ; « C'est rassurant tout ce qu'ils mettent en place ! On ne risque pas grand-chose » [E5]. L'équipe et le réseau ont également permis aux prestataires d'adapter leur activité professionnelle. « Ça m'a beaucoup aidé d'échanger avec les collègues parce qu'avant, on faisait ça tous les mois, donc ici, j'avais l'occasion de discuter de mes situations. Je pense que c'est important de garder ce lien » [E1] ; « Je leur ai dit qu'on avait une équipe d'enfer parce qu'elles se sont investies » [E2] ; « On a vu un vrai élan de solidarité au bureau et même entre collègues » [E4].

Les **outils informatiques** ont permis de maintenir le lien social entre les différents réseaux, entre les collègues. « Pendant la pandémie, on avait des Teams toutes les semaines ou tous les 15 jours et ça, je trouvais que c'était positif » [E1] ; « Le fait de ne pas se voir car les réunions sont annulées, bah il y avait les autres moyens de communication donc, c'était chouette » [E4].

L'**expérience** a aussi été un support. Durant ce début de crise sanitaire, les prestataires de première ligne étaient dans l'inconnu. C'est en faisant face aux circonstances durant de nombreux mois et en ayant également des connaissances de base que les professionnels ont pu s'adapter. « Au début, c'était difficile mais maintenant, avec la deuxième vague, ça a été parce qu'on connaissait les procédures et qu'il restait plus qu'à les appliquer (...) Je pense que de par notre formation d'infirmière on a dû étudier les maladies contagieuses et ça a aidé » [E6].

Figure 8 : Stratégies adoptées lors de l'adaptation de l'activité professionnelle



Afin de contrer les défis rencontrés durant la crise de la covid-19 par les travailleurs, ceux-ci ont eu recours à plusieurs stratégies. La première est personnelle puisqu'il s'agit de l'ensemble des sentiments positifs ressentis par les professionnels. Cette stratégie reprend les capacités individuelles telles que la connaissance de ses limites (E3) ou la capacité d'adaptation (E1, E2 et E4). Elle recouvre également les appréciations personnelles, comme la reconnaissance du métier d'infirmière (E4 et E6) ou la présence d'un facteur aimé.

Au sein du secteur de Namur, des ressources matérielles étaient disponibles au début de la crise sanitaire. Cela a permis d'aider les autres secteurs de la province et d'élaborer une politique par la suite. *« A Namur, elles ont un stock stratégique maintenant. Donc, ça veut dire que s'il arrive quelque chose, on a plein de réserves. C'est un stock qu'on ne peut pas toucher pour le moment tant qu'on a encore du matériel »* [E2].

La direction a mis en place un projet de soutien aux équipes. *« On doit donner une importance beaucoup plus importante à tout ce qui est soutien aux équipes (...) On a fait appel à un coach de fatigue physique pour intervenir auprès de nos infirmières chefs. Et moi-même, j'ai pris un conseiller personnel pour effectuer des séances »* [E6].

MOYENS DE PREVENTION POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL

Avant de comprendre comment les prestataires de première ligne ont trouvé des moyens de prévention pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées vivant au domicile, il était primordial d'identifier les conditions de travail de ces professionnels de première ligne durant la crise sanitaire. Sans cette approche, on n'aurait pas pu interpréter la qualité des démarches entreprises par les professionnels pour rompre l'isolement social de leurs bénéficiaires.

Tableau 6 : Concept de l'isolement social selon les interviewés

	Concept de l'isolement social
E1	Restriction des ressources humaines (familiale ou professionnelle)
E2	Être coupé du monde Ne pas connaître les ressources disponibles
E3	Être seul, sans aide, sans famille
E4	Abandon familial Non-envie de consacrer du temps pour une personne
E5	Personne sans visite et sans ressources
E6	Perte de contacts, de relations Perte d'un réseau social (familial, voisinage, amical) Isolement au niveau physique et au niveau des activités
E7	Fait de ne voir personne

Avant de questionner les participants sur les stratégies et les ressources mises en place pour lutter contre l'isolement social, la mémorante leur a demandé de définir, avec leurs mots, ce qu'est l'isolement social. Seule la sixième personne l'a clairement déterminé, sans avoir hésité une seule seconde. Pour les autres, le concept était plus difficile à expliquer. Certains n'osaient pas répondre, puis ont proposé des idées après quelques secondes de réflexion (voir dans le tableau ci-dessus). Deux participants étaient assez nerveux durant cette question. « *C'est une question piège (rires). (...) Je ne sais pas si c'est la réponse attendue, mais voilà* » [E1].

Le concept de l'isolement social a été défini par l'ensemble des professionnels, comme étant un nombre très réduit, voire une totale absence de contacts sociaux. Près de 60 % des interviewés ont fait référence à un isolement causé par une diminution des contacts familiaux. Des participants à l'étude ont inclus également la restriction ou la méconnaissance des services d'aide et de soins ou de toutes autres ressources.

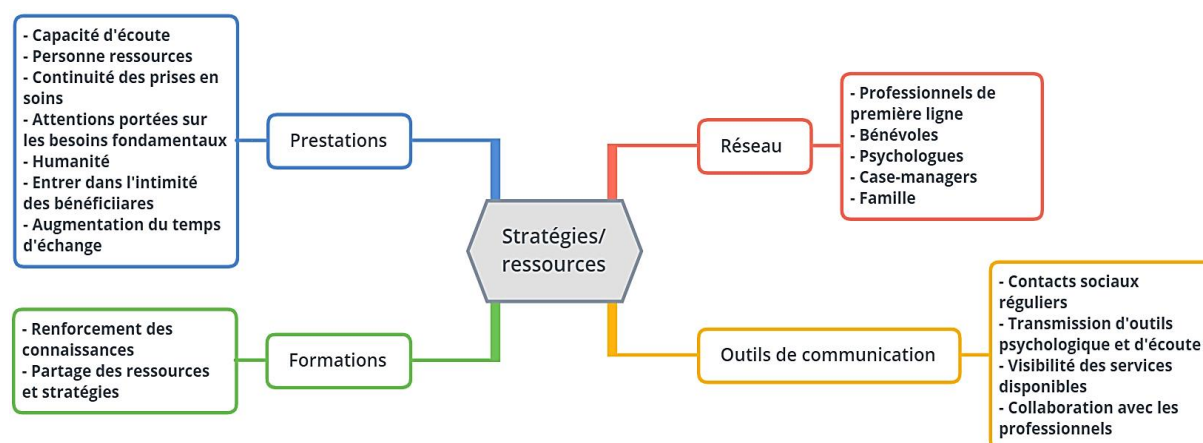
L'expérience des professionnels relative à la problématique de l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile a permis de se rendre compte du contexte et de la réalité de terrain. Une partie du guide d'entretien a pu mettre en évidence le sens du concept de l'isolement social pour les professionnels de première ligne. Il a également permis de mettre en exergue la fréquence de la thématique, les facteurs conduisant à l'isolement social et enfin, la manière dont les personnes isolées expriment leurs ressentis durant l'épidémie de la covid-19.

La **fréquence de l'isolement social** chez les personnes âgées vivant au domicile permet d'évaluer l'importance de cette problématique dans la pratique quotidienne des prestataires de première ligne. L'ensemble des répondants a signalé que l'isolement était fort présent au sein de la population âgée, et ce, de manière quotidienne. *« J'ai envie d'être optimiste. Mais non, allez, je vais dire qu'il y a bien 75 % des personnes âgées en situation d'isolement social. Le covid a renforcé tout ça ! Avant le covid, je dirais que c'était 55 % des aînés »* [E4] ; *« Il y a quand même énormément de personnes qui sont isolées. Ces gens sont tout seuls, parfois sans famille »* [E1] ; *« Mes infirmières m'ont dit à de nombreuses reprises qu'elles s'occupaient beaucoup de personnes qui n'avaient plus de visite. Elles devenaient leur seule personne de contact »* [E2] ; *« Ils me disent que s'il ne me voyait pas, ils ne verraient personne »* [E7].

Les **facteurs de risque conduisant à l'isolement social** d'une personne ont été listés par les répondants lors de la question 13 : *« Savez-vous identifier les facteurs conduisant à l'isolement social d'une personne âgée ? »*. Le facteur revenant le plus souvent est la réduction de la bulle sociale (cité par 6 interviewés sur 7). Vient ensuite le veuvage, l'éloignement familial, la covid et l'arrêt de certaines prestations (énumérés par 4 participants sur 7). Les facteurs de risque suivants ont été uniquement cités par deux interviewés : la vieillesse, le revenu financier, vivre en région rurale, perte d'autonomie, pathologies physiques et mentales, arrêt des activités.

Les personnes âgées ont pu s'exprimer **verbalement ou non verbalement** sur la problématique de l'isolement social. Premièrement, les prestataires de première ligne sont parvenus à le mettre en évidence en questionnant leurs bénéficiaires sur leurs ressources humaines. *« Quand il y a des situations de coordination, il faut creuser un peu pour savoir s'il y a de l'entourage »* [E3] ; *« Au début je posais la question pour savoir s'il avait eu de la visite, mais j'ai arrêté de le faire parce que j'ai bien compris que je les peinais encore plus de cet isolement social »* [E4]. Deuxièmement, les professionnels ont fait face à des plaintes qui se transformaient en pleurs, en dépression ou parfois même en agressivité. *« Certains sont plus dans la dépression, dans les pleurs et d'autres sont plus agressifs car ils ont un ras-le-bol. Ils deviennent agressifs parce qu'ils en veulent à tout le monde d'être dans cette situation »* [E6]. Dernièrement, les prestataires de première ligne se sont tous accordés pour dire que la plupart du temps, les personnes expriment rarement leurs ressentis face à l'isolement social. *« Bien souvent, ce sont ceux qui se plaignent le moins qui sont le plus touchés »* [E5] ; *« Ils n'en parlent pas ! (...) Ils se disent « j'ai décidé de rester donc je dois l'assumer » »* [E4].

Figure 9 : Stratégies et ressources perçues pour lutter contre l'isolement social



Les stratégies qu'utilisent les prestataires de première ligne dans la lutte contre l'isolement social des aînés sont des ressources dont ils disposent pour faire bouger les choses à petite échelle. *« Il y a moyen de faire beaucoup, mais ce n'est pas de notre niveau, c'est au niveau fédéral qu'il faut intervenir. Il faut que les instances accompagnent la vieillesse »* [E4].

Durant les **prestations**, chaque répondant a porté une attention particulière aux besoins fondamentaux des bénéficiaires. *« C'est clair que comme il y avait moins de visites chez les gens, on était quand même plus attentifs à certains besoins qui n'étaient pas une priorité avant le covid »* [E2] ; *« C'est dans la discussion que j'essaie de leur expliquer qu'une aide-familiale, par exemple, peut remédier à cela »* [E1]. La continuité de la prise en soins est fondamentale, surtout durant la crise sanitaire de la covid-19, où les dirigeants belges ont imposé des mesures sanitaires telles que la distanciation sociale. *« On a continué à être là, à apporter des soins de la même façon qu'auparavant (...) Durant la première vague, on a annulé certaines toilettes qui n'étaient pas indispensables tous les jours. Mais après, on n'a plus fonctionné comme ça parce qu'on récupérait des personnes après quelques temps, on voyait que la situation s'était fortement dégradée »* [E6] ; *« On donnait en priorité le passage d'une aide-familiale pour les prestations de code 1. Souvent, ce sont des gens qui sont isolés »* [E5].

Durant la première vague, les professionnels qui n'étaient pas en chômage économique ont pu offrir une augmentation du temps d'échange. *« Je ne me dis pas qu'il y a un timing de 30 minutes »* [E1] ; *« On a su accorder un peu plus de temps parce qu'on avait un peu moins de demandes »* [E3]. Mais pour certains, ce temps d'échange n'était pas du temps relationnel. *« On a pu leur accorder plus de temps, mais c'était plus du temps technique. »* [E4]. La capacité d'écoute est également une stratégie pour briser l'isolement social des personnes âgées. *« On vient à parler de l'isolement social, puis on propose ce qui existe »* [E2].

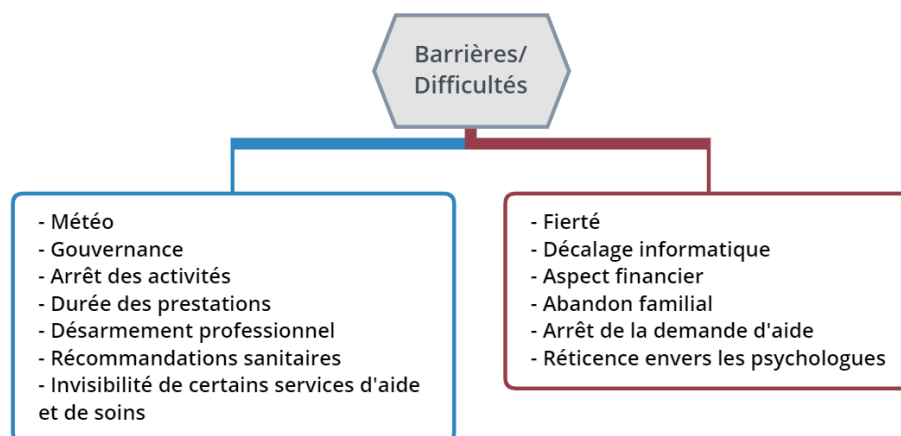
Le **réseau** est une ressource extrêmement importante pour l'ensemble des professionnels. Ceux-ci comptent sur les prestataires de première ligne et principalement sur leurs collègues. « *Notre ressource, c'est la coordinatrice. Elle prend en charge des situations où elle peut développer autre chose que de la technique* » [E4] ; « *Quand on a besoin, on transfère l'appel à un assistant social car il a un répertoire plus étendu que nous* » [E5]. Selon deux participants, il serait également intéressant de collaborer avec d'autres prestataires de première ligne moins connus, comme les psychologues ou les case-managers. « *Si une personne est isolée et qu'elle n'a pas de ressources, de référents qui peuvent l'aider dans les démarches, il y a des case-managers qui peuvent être là en soutien et qui interviennent même durant la crise covid* » [E6] ; « *Alors le patient va dire non, mais il leur faudrait des gens au niveau psychologique qui viennent leur parler et s'asseoir, expliquer, informer ce qui pourrait lui être apporté au niveau écoute. Que ce soient des bénévoles ou des salariés pour les accompagner* » [E4]. Les bénévoles sont une ressource sur laquelle de nombreux professionnels et bénéficiaires comptent. « *Il y a aussi le CPAS qui a mis toute une série de choses dont, notamment, « gardons le contact ». (...) Ils ont recréé tout un réseau de bénévoles qui ont repris contact par téléphone pour voir comment ces personnes vivaient le confinement* » [E6] ; « *Des bénévoles qui mettent en place des aides pour faire les courses* » [E7].

Les **outils de communication** ont permis aux travailleurs de première ligne de collaborer avec d'autres professionnels comme les médecins, les coordinatrices ou encore la famille, afin de donner des nouvelles des bénéficiaires et être ainsi une personne relais. Les prestataires ont tous reçu des liens internet qui les redirigeaient vers des aides psychologiques et d'écoute. Ils pouvaient les transférer aux bénéficiaires qui en avaient besoin, mais aussi, les utiliser à leur propre escient. Les outils de communication sont une réelle stratégie pour briser l'isolement social des personnes âgées en période d'épidémie puisqu'ils permettent d'avoir des contacts sociaux réguliers. « *Le téléphone. Il n'y a que ça* » [E1] ; « *Le fait de téléphoner de manière régulière permettait déjà de rompre cet isolement* » [E6]. Enfin, ils permettent d'augmenter la visibilité des services d'aide et de soins.

Les participants à l'étude ont affirmé que des **formations** sur l'isolement social seraient une ressource précieuse. Elles permettraient de renforcer les connaissances et de partager des ressources entre professionnels. Une seule interviewée n'était pas totalement favorable à la mise en œuvre de formations sur la problématique. « *Par rapport à toutes les formations que j'ai eues, sur le moment même, la formation est géniale, et quand on rentre chez*

soi, on ne sait pas, on ne veut pas les appliquer, on n'a pas le temps et on est toute seule par après. Je pense que les formations sont bien, mais il ne faut pas s'en tenir qu'à la formation ! A la limite, on va à la formation, mais il nous faudrait quelqu'un qui nous suit et qui nous encadre » [E4].

Figure 10 : Barrières et difficultés rencontrées face à la lutte contre l'isolement social



La lutte contre l'isolement social des personnes âgées durant l'épidémie de la covid-19 a été impactée par plusieurs **barrières et difficultés** rencontrées par les bénéficiaires et les professionnels de première ligne. D'un point de vue personnel, les aînés sont parfois caractérisés comme ayant trop de fierté. « Beaucoup se disent : « voilà j'ai décidé de rester donc je dois l'assumer ». Je pense qu'une grosse partie le vit comme ça » [E4] ; « Et pourquoi au domicile, et ne vont-ils pas en maison de repos, ben tout simplement parce qu'ils ont envie de rester chez eux le plus longtemps possible ou pour une question financière aussi parfois. » [E2]. L'aspect financier joue aussi un rôle dans cette rupture des liens sociaux. Certains ne parviennent pas à financer leurs activités quotidiennes ou hebdomadaires. « Au niveau du revenu, des ressources financières, on ne peut pas forcément participer aux activités » [E6]. Le décalage informatique ne permet pas aux aînés de rentrer dans l'ère numérique. « Si les personnes pouvaient se voir par Skype ce serait déjà top ! Il y en a certains qui ne peuvent pas parce qu'ils n'ont pas d'argent mais d'autres parce qu'ils ne savent pas s'en servir » [E7] ; « Il y a des barrières qui sont en train de se mettre et qui isolent d'autant plus les personnes à cause des moyens financiers, mais aussi des facultés, des connaissances de savoir utiliser certains outils » [E3]. Les plus jeunes seraient aptes à leur apprendre mais parfois, les personnes âgées sont confrontées à un abandon familial. « Au niveau des conditions de vie, oui, c'était un abandon total. Il y a certaines personnes qui avaient déjà très peu de visites mais là, n'en n'ont plus du tout. Il y avait la visite du dimanche 1x/mois avant mais là, il n'y en a plus eu » [E2].

Durant la crise sanitaire, les bénéficiaires, et parfois même la famille, stoppaient la demande d'aide. *« Ce qui m'a marqué, c'est que des bénéficiaires n'avaient pas beaucoup d'aide de la famille par exemple et c'est la famille qui annulait les prestations. Comme s'ils avaient pris la conscience, la quiétude des bénéficiaires et donc, ils me disaient qu'ils allaient s'en charger, s'occuper des bénéficiaires le temps que ça passe. Sauf que ça a duré assez longtemps »* [E5]. Une dernière barrière interne à la personne âgée est la réticence envers les psychologues. *« C'est peut-être dans les mentalités actuelles, mais j'ai demandé à maintes reprises et ça a toujours été non »* [E6].

Des barrières et difficultés externes à la personne âgée sont également recensées par les professionnels de première ligne. En période de crise sanitaire, les restrictions sanitaires imposées par le gouvernement, ainsi que le mauvais temps ne permettent pas aux aînés d'aller se promener pour voir des gens ou de réaliser des activités à l'extérieur. *« Avec le beau temps, on pourrait trouver des activités à faire à l'extérieur »* [E1] ; *« En dehors de la crise covid, il y aurait peut-être des solutions, mais durant la crise c'est plus compliqué ! »* [E6]. Le désarmement des professionnels face à cette crise est aussi un problème puisqu'ils ne savent pas quoi proposer comme solution pour briser l'isolement social. *« J'ai déjà entendu quelqu'un qui me disait qu'il était seul et qu'il était content quand l'aide familiale passe. Sinon, certains l'expriment et ça se termine souvent par des pleurs. Voilà moi, je suis toute seule et voilà, je tente de comprendre, mais on est un peu désarmé »* [E5]. Le travail des nombreux prestataires est mis à mal par la durée fort réduite des prestations, mais également de la gouvernance qui perd parfois la notion de qualité au détriment de la quantité. *« Parce qu'on a une tournée et qu'on a eu beaucoup de personnel en moins durant le covid. On avait moins de temps à leur consacrer »* ; *« Les gens au-dessus de nous, ce n'est pas quelque chose pour lequel ils se tracassent. L'isolement social, ce n'est pas pour eux tout ça. Leur trip à eux, c'est l'aspect financier, ce que rapportent les soins. (...) A partir d'un certain âge, les gens ne sont plus intéressés d'intervenir. Mais alors, on nous fait vivre de plus en plus vieux... il faut que les instances accompagnent la vieillesse »* [E4]. Enfin, comme indiqué plus haut, la visibilité des services d'aide et de soins serait une bonne stratégie pour briser l'isolement social des personnes âgées, grâce aux passages des professionnels au domicile. Malheureusement, il reste encore de nombreux efforts à mener puisque cette visibilité est très loin du compte. *« Je me dis qu'il faut faire beaucoup plus de publicité de nos services et des aides contre l'isolement social. Ouvrir beaucoup plus les portes et être beaucoup plus visibles »* [E3].

V. DISCUSSION

1. INTERPRÉTATION GÉNÉRALE

Cette partie repose sur l'interprétation générale des résultats obtenus à travers les données quantitatives des rapports d'activité d'ASD Namur et des données qualitatives récoltées des sept entretiens semi-directifs. Les résultats seront reliés aux six hypothèses émises pour répondre à la question de recherche : « **Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées : comment les prestataires de première ligne ont-ils adapté leur activité et trouvé des moyens de prévention ?** ».

Les résultats obtenus mettent en lumière un certain nombre de constats qui affirment ou taient les hypothèses de recherche formulées avant la réalisation de l'expérimentation.

Il en ressort que « les prestations d'aide et de soins à domicile ont diminué pendant la première vague de la crise sanitaire covid-19 » (**hypothèse 1**). 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. L'analyse des données quantitatives issues des rapports d'activité d'ASD durant les années 2019 et 2020 confirme le sentiment des professionnels. La diminution des bénéficiaires dans le secteur des soins infirmiers a été très importante, chutant d'un quart en avril. 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.

Les entretiens ne permettent pas d'affirmer l'**hypothèse 2** : « Les prestataires ont été mis à mal dans leur identité professionnelle à cause d'une interruption temporaire de leur activité qui a ainsi influencé la relation avec leurs bénéficiaires ». En effet, les deux interviewés qui ont fait face à une interruption temporaire de leur activité n'ont pas rapporté de changements de relation avec leurs bénéficiaires. L'aide-ménagère a uniquement remarqué une diminution de la demande d'aide qui est liée à la réduction de la bulle sociale et donc des visites au domicile. La relation avec les bénéficiaires n'a pas changé pour l'aide-ménagère et la téléphoniste. Ce qui cause beaucoup de préjudices à la relation bénéficiaire-professionnel, ce sont les mesures sanitaires imposées par le gouvernement belge. Plusieurs professionnels rapportent que le masque est une entrave à la compréhension. De nombreuses personnes âgées ont des difficultés à l'écoute et sont 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 réconforter les bénéficiaires. La distanciation sociale n'a plus permis de tels actes d'affection. Enfin, le télétravail a été instauré pour limiter les interactions entre les personnes. Par conséquent, le nombre de visites au domicile a diminué, laissant place à la gestion des dossiers par téléphone.

L'**hypothèse 3** a été confirmée par les professionnels d'ASD : « les prestataires ont été mis à mal dans leur identité professionnelle à cause d'une forte perception de la gravité des situations dans lesquelles vivaient les bénéficiaires durant cette pandémie de covid-19 ». Durant l'épidémie de la covid-19, les prestations réalisées par les professionnels de première ligne de chez ASD ont permis de constater une aggravation de la situation au domicile des bénéficiaires. En effet, de nombreux prestataires tels que les kinésithérapeutes, les coiffeuses ou même encore les pédicures ont été contraints ou ont décidé de stopper temporairement leur activité professionnelle. La plupart des médecins traitants ont également souhaité s'éloigner de leurs patients, réalisant ainsi leurs consultations par téléphone. Seuls les infirmiers et les aide-familiales ont réellement continué à travailler auprès des bénéficiaires durant cette épidémie de la covid-19. Ils ont d'ailleurs été dans l'obligation de multiplier leurs rôles. Effectivement, afin de maintenir l'état de santé des aînés, les professionnels d'aide et de soins ont dû augmenter le temps technique en réalisant des actes qui dépassent leurs compétences. Les conditions de travail ne sont donc pas idéales et se compliquent encore plus lorsque le virus s'immisce dans les équipes. Cette diminution des ressources humaines a provoqué une augmentation de la charge de travail pour le reste du personnel et certaines prestations ont été annulées. C'est ainsi que plusieurs interviewés ont affirmé avoir été désarmés durant leur activité professionnelle. Après plusieurs semaines de non-activité, les prestataires ont constaté qu'un grand nombre de leurs bénéficiaires âgés de plus de 65 ans étaient dans un état de perte d'autonomie plus important qu'autrefois. Et malheureusement, ils n'avaient pas le temps et les ressources nécessaires pour prendre en charge les situations dans lesquelles vivaient les aînés.

« Cette mise à mal est différente selon les prestataires. Par exemple, les infirmiers pourraient être moins touchés que les aide-ménagères, car ils ont continué à prester durant la première vague ». La première partie de cette **hypothèse 4** est véridique, mais la seconde partie est à rectifier car l'exemple n'est pas correct. En effet, la mise à mal est bien plus importante chez les infirmiers puisqu'ils ont été témoins de la dégradation de l'état de santé des bénéficiaires. Pour l'aide-ménagère, sa situation professionnelle a très peu changé. Après

plusieurs mois de chômage économique, elle est revenue travailler chez la plupart de ses bénéficiaires. Plusieurs ont pris conscience qu'il faisait moins sale puisqu'ils ne recevaient plus de visites mais pour les autres, la situation n'a guère changé.

« La crise sanitaire de la covid-19 a grandement amplifié la situation de l'isolement social chez les personnes âgées vivant à domicile » (**hypothèse 5**). L'ensemble des prestataires a signalé que l'isolement était fort présent au sein de la population âgée, et ce, de manière quotidienne. De nombreuses personnes se sont retrouvées sans visite suite à un abandon de leur famille ou à une protection de celle-ci dans le but d'éviter la contamination. La peur de l'inconnu de la part des bénéficiaires, mais aussi des prestataires de première ligne, a également été la source d'une réduction de la bulle sociale puisque plusieurs prestations ont été annulées. Certaines personnes âgées se sont, de ce fait, retrouvées seules à cause de la crise sanitaire. Ce sont entre autres ces raisons qui ont conduit à une augmentation de la problématique d'isolement social. D'autres facteurs ont accentué le phénomène, comme par exemple, l'aspect financier ou le décalage informatique qui ne permettent pas de participer à des activités quotidiennes ou hebdomadaires. Les personnes âgées ne faisant pas partie de l'ère informatique et les circonstances ne permettant pas les rassemblements, l'ensemble des interviewés a témoigné de la réelle difficulté à mettre en place des stratégies durant cette crise de la covid-19.

La **dernière hypothèse** de l'expérimentation est plus complexe à certifier. Elle s'intitule comme suit : « les prestataires de soins à domicile ont mis en place des moyens de garder contact ou de rompre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile ». La seule action permettant d'affirmer cette hypothèse est le fait que les professionnels d'ASD ont continué à être présents pour les bénéficiaires, durant leurs prestations. Certains n'ont pas eu cette chance durant la première vague, car le nombre d'annulations de la demande d'aide était très importante. Durant la seconde vague, la réalité a été tout autre puisque l'ensemble des prestataires de première ligne ont maintenu leur activité professionnelle. La continuité de l'aide et des soins a également été réalisée à travers la collaboration entre les professionnels. Le réseau est primordial pour l'ensemble des prestataires d'ASD pour communiquer et mettre en avant les problèmes et difficultés des bénéficiaires en cette période de crise sanitaire. Ils sont tous soucieux des besoins fondamentaux des personnes âgées et restent les plus humains possible. Si cette hypothèse est difficile à affirmer, c'est parce qu'aucune solution pour briser l'isolement social des personnes âgées de plus de 65 ans n'a été mise en place par les prestataires d'aide et

de soins d'ASD. Ces derniers n'ont aucune idée pour résoudre ce problème. Ils sont déjà bien préoccupés par les problématiques techniques qui sont encore loin d'être au point. L'isolement social est une problématique très complexe qui est souvent rompue grâce à des activités du 3^{ème} âge, des voyages communautaires ou des centres de jour en maison de repos. Cependant, ces activités ne sont pas réalisables durant la crise de la covid-19 puisque les mesures sanitaires ne le permettent pas. Une partie du chapitre suivant présentera les stratégies relevées dans la littérature pour briser l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile. Celles-ci seront confrontées aux données récoltées à travers les différents entretiens.

2. INTERPRETATION DE LA LITTÉRATURE

Cette partie repose sur l'interprétation des résultats par rapport à la littérature. Les résultats de l'expérimentation peuvent être corrélés avec les données trouvées dans les articles scientifiques au sujet de l'isolement social des personnes âgées.

A la suite des recherches dans la littérature, la mémorante a pu cerner ce qu'est **l'isolement social**. Elle a ainsi pu comparer le concept identifié dans l'article de Shvedko, A. avec les réponses des sept interviewés. L'ensemble des participants a fait référence à la réduction des contacts sociaux. Une seule personne a fait le lien entre l'isolement social et le sentiment de non-appartenance à un groupe social.

Selon Maggi, P., l'isolement social impactait environ 25 % des Belges avant la crise sanitaire de la covid-19. Une interviewée a indiqué que 55 % de ses bénéficiaires étaient durement impactés par la problématique. Aujourd'hui, ce taux a augmenté de 20 % à **cause** des restrictions sanitaires imposées pour lutter contre la propagation du virus. Les prestataires d'ASD ont décrit le profil des personnes atteintes par l'isolement social comme étant des personnes âgées de plus de 65 ans, veuves, ayant peu de ressources financières et une diminution des ressources humaines. L'ensemble des aînés bénéficiant d'aide et de soins est en perte d'autonomie en raison de pathologies liées à l'âge ou de maladies physiques et/ou mentales. Tous ces facteurs ont été évoqués dans la littérature. S'ajoutent à cela les différentes formes de handicap, le fait de vivre seul ou d'habiter en région rurale éloignée. Être malade peut parfois réduire l'isolement social grâce aux professionnels de première ligne, mais en période de crise sanitaire, beaucoup de personnes ont annulé leurs rendez-vous d'aide et de soins. Selon Sciensano, l'infirmière à domicile a vu sa prestation diminuer jusqu'à 28 % par rapport à une période normale. Chez ASD, ce taux peut aller jusqu'à 24,91 %.

A travers la question « comment évaluez-vous l'isolement social parmi vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ? », la mémorante s'attendait à obtenir des informations sur les **conséquences** occasionnées par l'isolement social sur les personnes âgées. Malheureusement, très peu de réponses ont été apportées. Seule la diminution des activités physiques a été considérée comme un risque d'augmentation de chutes et d'une majoration de la dépendance au domicile. Les intervenants n'ont pas relevé une série de complications provoquées par la sédentarité. En effet, comme l'a cité Pelicioni, P. H et Lord, S. R. (2020) rester à la maison peut entraîner une série de complications du fait par exemple, d'un manque d'exposition au soleil ou d'une mauvaise alimentation induite par l'accumulation de stocks alimentaires chez soi. Ces attitudes provoquent un affaiblissement de l'immunité et par conséquent, une augmentation du risque d'infections, en plus d'un risque accru de chutes. Au niveau social, le sentiment d'exclusion a été sous-entendu puisque les personnes âgées ne pouvaient même plus accompagner les aide-familiales pour faire leurs courses. Sur le plan social, le confinement et la distanciation sociale sont synonymes d'isolement, mais aussi de sentiment d'inutilité et d'impuissance (Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S., 2020). Enfin, au niveau psychologique, seules la peur d'être contaminé par les prestataires de soins et l'inquiétude pour soi et les autres ont été signalées. Enfin, les conséquences psychologiques n'ont pas été évoquées par les personnes interviewées, et il ne s'agit pas des moindres : le deuil entravé, le stress occasionnant des troubles psycho-comportementaux, l'ennui, les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression, la majoration des comportements addictifs, agressifs et compulsifs et enfin, la majoration des symptômes psychotiques.

Afin de palier à cet état dans lequel l'individu n'a pas le sentiment d'appartenance sociale, au vu d'un nombre très réduit de contacts sociaux de qualité, il est primordial de mettre en place des **stratégies**. Selon les prestataires d'ASD, il n'y a aucune solution possible durant cette crise sanitaire puisque la bulle sociale est fortement limitée. Seuls les outils informatiques et le téléphone pourraient élargir légalement le nombre de contacts sociaux. Malheureusement, la majorité des personnes âgées n'ont pas les connaissances suffisantes et parfois même, pas les ressources financières nécessaires. Certains aînés ont également des problèmes auditifs et ne savent donc pas utiliser le téléphone à bon escient. Selon les interviewés, la seule ressource possible pour rompre l'isolement social durant la crise sanitaire est la présence continue du réseau. En effet, durant leurs prestations, les répondants portent une attention particulière aux besoins fondamentaux des bénéficiaires et restent le plus humain possible.

Dans la littérature, la chercheuse a identifié plusieurs articles scientifiques qui étudient certaines méthodes permettant de rompre l'isolement social des aînés. En vue d'agir dans la lutte contre cette problématique, Burlacu, A. (2020) estime qu'il est tout d'abord primordial de pouvoir la **diagnostiquer**. De ce fait, de nombreux acteurs, tels que les médecins généralistes, les aides familiales, les kinésithérapeutes ou encore les infirmières à domicile, devraient pouvoir le reconnaître. Or, comme le certifie l'auteur, plusieurs professionnels dont ceux d'ASD ne connaissaient pas les facteurs de risque ou émettaient une réponse avec beaucoup d'hésitation. La majorité des participants à l'expérimentation ont émis le souhait de participer à des formations sur l'isolement social, dans le but d'échanger des solutions et des ressources pour pouvoir le contrer. Dans l'article intitulé « Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During 'Social Distancing' Restrictions » (2020), les auteurs y décrivent des stratégies basées sur des données probantes, ainsi qu'un modèle cognitivo-comportemental reposant sur la connectivité sociale. Celles-ci pourraient être enseignées aux différents prestataires de terrain, afin d'aider les bénéficiaires à développer un « plan de connexions ». L'objectif est de discuter de l'isolement social et des obstacles à la connexion sociale avec les principaux intéressés. Cette conversation permettrait de mettre en évidence la problématique comme quelque chose qui compte. Les prestataires pourraient ainsi intervenir préventivement, en suscitant l'importance de la création de liens sociaux et évitant par conséquent les effets indésirables de l'isolement social.

Lorsqu'un professionnel de première ligne s'aperçoit qu'une personne âgée est confrontée à l'isolement social, il peut mettre en place une série de stratégies. En dehors de la crise sanitaire, il existe une panoplie d'interventions visant la réduction de l'isolement social : les clubs sociaux, la thérapie par l'humour, la réduction du stress fondée sur la pleine conscience, la visites d'animaux vivants, les groupes sportifs ou encore le soutien spirituel (Freedman, A., & Nicolle, J., 2020). L'ensemble de ces activités n'est en effet pas possible à mettre en place puisque les restrictions sociales imposées ne permettent pas aux aînés de se rassembler. Les interviewés se rejoignent à l'unanimité sur cette affirmation.

En cette période de crise sanitaire, les professionnels d'ASD s'accordent pour signaler qu'il est primordial de renforcer les connexions sociales. Apporter de la solidarité et créer des relations sociales permettent d'aider les personnes âgées à gérer leur santé mentale. Dans l'étude de Chen, A & al., (2020) l'appartenance à un réseau social peut être comblée grâce aux **technologies**. Selon les auteurs, les technologies de l'information et de la communication

offrent des opportunités de connexions et constituent un outil de prévention. En effet, plusieurs participants à l'étude ont déclaré que les technologies comme le téléphone, Internet, les réseaux sociaux, ou encore les applications de visioconférence, les ont aidés à rester connectés avec leur famille et amis durant cette crise sanitaire. La télémédecine a également été une stratégie d'adaptation de l'activité durant la crise de la covid-19. L'étude de Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016) affirme que les technologies peuvent être utilisées pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Cependant, il existe d'importantes limites dans les études citées ci-dessus. Toutes deux expliquent que leurs participants ont un niveau de scolarité et une situation financière relativement élevés. Cela limite donc la possibilité de généraliser leurs résultats à l'ensemble de la population âgée de plus de 65 ans. Les prestataires d'ASD ont assuré que la plupart de leurs bénéficiaires ne possédaient pas d'ordinateur par manque de connaissances. Une solution à ce problème serait d'envisager de ranimer le lien séculaire entre les jeunes et les personnes âgées. Comme l'explique l'étude de Chatterjee, P., & al. (2020), il existe des preuves d'amélioration des interactions sociales grâce au partage d'expériences intergénérationnel comme l'apprentissage du numérique.

Une stratégie qui a été énoncée par la moitié des interviewées est l'utilisation du **téléphone**. Van Dyck, L. & al. (2020) ont mené un programme de sensibilisation sur l'isolement social des personnes âgées en période de pandémie de la covid-19. Des étudiants de l'école de médecine de Yale ont appelé chaque semaine, durant environ trente minutes, des aînés qui n'avaient pas de famille. Cette initiative a finalement eu un impact positif aussi bien chez les aînés que chez les étudiants qui sont également durement impactés. Un sentiment de gratitude a également été perçu chez les personnes âgées recevant une intervention par visioconférence d'un coach de vie non professionnel. A court terme, cette méthode serait même plus efficace que des visites amicales par visioconférence (Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L., 2020). Les prestataires d'aide et de soins sont donc de bons atouts pour briser cet isolement social. De nombreux bénéficiaires ont d'ailleurs expliqué aux interviewés qu'ils étaient très contents de les avoir puisque dans le cas contraire, ils ne verraient personne. Durant les prestations, les personnes âgées de plus de 65 ans peuvent converser un maximum, même si plusieurs professionnels ne peuvent se permettre d'augmenter leur temps relationnel. Durant la première vague, le nombre de demandes d'aide ayant diminué, les infirmières d'ASD en profitaient pour assurer certains besoins tels que l'activité physique. Le projet Vivifrail (2014) aurait pu les aider puisque c'est un programme de promotion de l'activité physique permettant de prévenir la fragilité et les chutes chez les aînés.

3. LIMITATIONS DE LA RECHERCHE

Plusieurs limites ont été recensées durant l'expérimentation. Dans un premier temps, la recherche de participants à l'étude s'est avérée plus complexe que prévue. En effet, l'un des critères d'inclusion était que le professionnel du centre de coordination Aide et Soins à Domicile, travaille au domicile des personnes âgées de plus de 65 ans. Or, ce critère n'a pas été respecté pour l'ensemble des interviewés. Après avoir envoyé une lettre d'information aux prestataires de terrain d'ASD, très peu de réponses ont été positives. La majorité de ces personnes avaient une surcharge de travail trop importante puisque le personnel tombait de plus en plus malade et que la deuxième vague de l'épidémie était toujours bien présente. La mémorante a par conséquent dû élargir son échantillon en acceptant tous les professionnels travaillant avec les personnes âgées, mais ne leur rendant pas forcément visite au domicile. Trois interviewés sur sept réalisent principalement un travail administratif. Ils ne connaissent la réalité de terrain qu'à travers l'expérience de leurs collègues et des dires des personnes âgées par téléphone.

Dans un second temps, l'étude a été réalisée dans les régions de Ciney, de Philippeville et de Gedinne. Effectivement, la mémorante a débuté en janvier 2021, un contrat à durée déterminée au sein de l'établissement d'Aide et Soins à Domicile dans les régions de Namur et Eghezée. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à la province de Namur puisque ces territoires sont assez différents. La réalité vécue par un habitant de Gedinne et ses environs ne sont pas comparables à celle d'une personne vivant à Namur ou Eghezée. Dans la continuité du mémoire, il faudrait pouvoir interroger des prestataires travaillant au nord de la province, afin de pouvoir comparer ces réalités vécues.

Dans un dernier temps, la mémorante s'est retrouvée confrontée au rôle d'informateur durant les entretiens de son étude. Après avoir demandé de définir ce qu'est l'isolement social et de citer les facteurs de risque, plusieurs interviewés ont répondu avec beaucoup d'hésitation de peur de dire des erreurs. Une explication a été apportée à la suite de leurs réponses pour qu'ils puissent mieux visualiser les concepts. Cette ignorance a suscité de l'intérêt pour les interviewés puisque la majorité suivrait une formation sur le sujet s'il y en avait une dans leur programme. La méconnaissance de l'isolement social pose question. Est-ce pour cette raison que certains acteurs n'ont pas souhaité participer à cette étude ?

4. PERSPECTIVES

L'une des perspectives d'intervention serait d'instaurer des formations sur le thème de l'isolement social. Elles auraient pour but d'actualiser ou développer les connaissances des professionnels de première ligne afin de les conscientiser sur la problématique. L'isolement social n'est pas uniquement le fruit des règles sanitaires imposées par le gouvernement belge durant cette crise sanitaire. Il était déjà bien présent chez les personnes âgées vivant à domicile. La mise en place des formations permettrait également d'échanger des ressources et des stratégies entre prestataires. Il existe une panoplie d'initiatives locales et de services trop peu souvent exploités. Ceci est encore plus pertinent durant cette crise sanitaire où un grand nombre d'institutions ont dû fermer leurs portes ou stopper temporairement leurs activités.

Contrairement à la solitude, la problématique de l'isolement social ne possède aucune échelle d'observation pour le diagnostiquer. Une éducation aux personnes âgées de plus de 65 ans pourrait être mise en œuvre par des professionnels de terrain tels que des coordinateurs de soins à domicile ou des infirmiers. Ceux-ci auraient alors pour mission de sensibiliser les aînés sur les risques encourus par un isolement social. Ils travailleraient aussi sur les mentalités des personnes au niveau psychologique. En effet, de nombreuses personnes âgées sont fortement réticentes à l'idée de rencontrer un psychologue ou simplement à l'idée d'exprimer leurs sentiments parce qu'elles se sentent responsables de leur situation.

En période de crise sanitaire, la distanciation sociale a réellement impacté la population belge et particulièrement les aînés qui sont plus fragiles et vulnérables. Heureusement, les outils technologiques ont permis d'aider de nombreux Belges à combler ce manque de contacts sociaux durant le confinement. Par contre, peu de personnes âgées ont les connaissances et/ou les ressources financières nécessaires pour pouvoir les utiliser. Or, la technologie représente le présent mais surtout l'avenir. Elle est largement utilisée au niveau professionnel et s'installe petit à petit au domicile des personnes âgées. Les lits médicalisés, le système de bio télévigilance et bien d'autres appareils facilitent la vie et le mieux-être des personnes âgées de plus de 65 ans. L'apprentissage à l'utilisation de l'informatique est par conséquent une perspective à envisager. Ce projet pourrait être organisé par les plus jeunes, en favorisant les liens intergénérationnels. Une autre alternative serait de promouvoir l'école du troisième âge où des cours d'informatiques sont enseignés.

VI. CONCLUSION

L'épidémie de covid-19 a un sérieux impact sur le monde entier. Tous les groupes d'âge sont exposés au risque d'infection au virus, mais les personnes âgées de plus de 65 ans sont les plus vulnérables. Le confinement et la distanciation sociale sont ainsi mis en place pour lutter contre la propagation du virus et protéger au mieux les communautés. Cependant, ces deux stratégies préventives diminuent drastiquement les contacts sociaux et augmentent le risque d'isolement social.

L'isolement social est un enjeu de la santé publique du fait de ses répercussions sur la santé et sur le bien-être. Il agit de manière disproportionnée sur les personnes du troisième âge en raison de la perte de contacts avec le monde extérieur. C'est ainsi qu'en plus d'être confrontés à un risque plus important de contracter le coronavirus, les aînés sont également sujets à l'isolement social. Les conséquences physiques, psychologiques et sociales ne sont pas des moindres. En effet, les infirmières d'ASD ont pu percevoir l'impact de la réduction des contacts sociaux sur certains de leurs bénéficiaires. Durant la première vague, les personnes nécessitant une aide à la toilette deux fois par semaine se sont retrouvés sans aide du jour au lendemain. Les infirmières ont néanmoins très vite constaté une dégradation de leur état de santé. Ces personnes, encore forts autonomes, ont perdu en quelques semaines toute leur indépendance.

Afin de briser l'isolement social des personnes âgées de plus de 65 ans et vivant à domicile, les professionnels de première ligne d'ASD ont changé leur politique de prestation. Durant la première vague, l'activité professionnelle a tourné au ralenti puisque les visites dites « non essentielles » étaient évitées. De nombreuses personnes ont également annulé les prestations par peur de contracter le virus. Lors de la deuxième vague, les prestataires ont repris leur travail chez les bénéficiaires. Ils avaient laissé tomber trop de personnes. La présence des professionnels d'aide et de soins a alors été accueillie avec beaucoup de reconnaissance. Bien qu'ils n'eussent pas ou très peu de ressources et de stratégies pour lutter contre l'isolement social, les aînés étaient contents de pouvoir parler pendant quelques minutes avec une personne. Les leçons tirées de la première vague ont permis d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires et de diminuer l'impact négatif dans l'identité des professionnels de première ligne.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Applegate, W. B., & Ouslander, J. G. (2020). COVID-19 presents high risk to older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 681.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Aujoulat, I. (2019). WFSP 2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique [notes de cours imprimées]. UCLouvain.
- Balard, F., & Corvol, A. (2020). Covid et personnes âgées : liaisons dangereuses. *Gerontologie et société*, 42(2), 9-14.
- Birh, A. & Pfefferkorn, R. (2008). Le système des inégalités. Paris, France : *La Découverte*, coll. « Repères ».
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of clinical nursing*.
- Burlacu, A. & al. (2020). “Celebrating old age”: an obsolete expression during the COVID-19 pandemic? Medical, social, psychological, and religious consequences of home isolation and loneliness among the elderly. *Archives of Medical Science*, 16(1).
- Bzdok, D., & Dunbar, R. I. (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in Cognitive Sciences*.
- Campéon, A. (2016). Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l’isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 38(1), 11-23.
- Chatterjee, P., & Yatnatti, S. K. (2020). Intergenerational Digital Engagement: A Way to Prevent Social Isolation During the COVID-19 Crisis. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Chen, A. T., Ge, S., Cho, S., Teng, A. K., Chu, F., Demir, G., & Zaslavsky, O. (2020). Reactions to COVID-19, information and technology use, and social connectedness among older adults with pre-frailty and frailty. *Geriatric Nursing*.
- Coe, N. B., & Van Houtven, C. H. (2020). Living Arrangements of Older Adults and COVID-19 Risk: It Is Not Just Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Choi, N. G., Pepin, R., Marti, C. N., Stevens, C. J., & Bruce, M. L. (2020). Improving social connectedness for homebound older adults: randomized controlled trial of tele-delivered behavioral activation versus tele-delivered friendly visits. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (7), 698-708.

- Daoust, J. F. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. *PloS one*, 15(7), e0235590.
- De Biase, S., Cook, L., Skelton, D. A., Witham, M., & Ten Hove, R. (2020). The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age and Ageing*.
- Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J. (1999). Differentiële kansen op eenzaamheid onder ouderen: De betekenis van type partnerrelatie, partnergeschiedenis, gezondheid, sociaal-economische positie en sociale relaties. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.
- Ejiri, M. & al. (2019). Social participation reduces isolation among Japanese older people in urban area: A 3-year longitudinal study. *PloS one*, 14(9), e0222887.
- Eurostat. (2020). Années de vie en bonne santé par sexe (à partir de 2004). En ligne, <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, consulté le 09/12/2020.
- Eurostat. (2019). *Structure et vieillissement de la population*. En ligne, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population structure and -ageing/fr#La part des personnes .C3.A2g.C3.A9es continue d.E2.80.99augmenter](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr#La_part_des_personnes_.C3.A2g.C3.A9es_continue_d.E2.80.99augmenter), consulté le 23/10/2020.
- Eurostat. (2020). Taux d'occupation des lits en soins curatifs. En ligne, https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_co_bedoc&lang=fr, consulté le 09/12/2020.
- Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C. (2018). Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA. *Social Science & Medicine*, 208, 25-33.
- Fonds européen de développement régional, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. *Programme Vivifrail 2014*. En ligne, <https://www.apptitude-net.com/le-programme-vivifrail>, consulté le 13/12/2020.
- Fontaine, R., & Pennec, S. (2020). Les inégalités sociales dans la vieillesse. *Gerontologie et societe*, 42(2), 19-36.
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude : les nouveaux géants gériatriques : Approche à l'intention des soins primaires. *Canadian Family Physician*, 66 (3), e78-e85.
- Freer, K., & Wallington, S. L. (2019). Social frailty: the importance of social and environmental factors in predicting frailty in older adults. *British journal of community nursing*, 24(10), 486-492.
- Gardner, W., States, D., & Bagley, N. (2020). The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *Journal of Aging & Social Policy*, 1-6.

Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. L. (2020). Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, (31), 29-41.

Grassian, S. (1983). Psychopathological effects of solitary confinement. *American Journal of Psychiatry*, 140(11), 1450-1454.

Gualano, M. R., Voglino, G., Bert, F., Thomas, R., Camussi, E., & Siliquini, R. (2018). The impact of intergenerational programs on children and older adults: A review. *International psychogeriatrics*, 30(4), 451-468.

Iweps. (2020). *Pyramides des âges*. En ligne, <https://www.iweps.be/indicateur-statistique-pyramides-des-ages/>, consulté le 23/10/2020.

Khanna, R. C., Cicinelli, M. V., Gilbert, S. S., Honavar, S. G., & Murthy, G. S. (2020). COVID-19 pandemic: Lessons learned and future directions. *Indian Journal of Ophthalmology*, 68(5), 703.

Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. *Computers in Human Behavior*, 63, 594-603.

Lautman, A. (2016). La lutte contre l'isolement social des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 38(1), 169-171.

Liotta, G., Marazzi, M. C., Orlando, S., & Palombi, L. (2020). Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *Plos one*, 15(5).

Maggi, P. (2016). Le contexte social de l'isolement des personnes âgées de 65 ans et plus en Belgique. *Chronique de la ligue des droits de l'Homme*, 174.

Mengin, A. & al. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'encephale*.

Miller, E. A. (2020). Protecting and improving the lives of older adults in the Covid-19 era. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 297-309.

OECD. (2020). *Lack of social support*. En ligne, <https://data.oecd.org/healthrisk/lack-of-social-support.htm>, consulté le 09/12/2020.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). Belgique : Profils de santé par pays 2019. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Office, E. E., Rodenstein, M. S., Merchant, T. S., Pendergrast, T. R., & Lindquist, L. A. (2020). Reducing Social Isolation of Seniors during COVID-19 through Medical Student Telephone Contact. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 948-950.

Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Vieillessement de la population*. En ligne, <https://www.who.int/features/qa/72/fr/>, consulté le 23/10/2020.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Santé mentale et vieillissement*. En ligne, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>, consulté le 30/10/2020.

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Coronavirus*. En ligne, <https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus-/coronavirus>, consulté le 22/10/2020.

Pais, B., Bulushek, P., Nef, T., Schütz, N., Saner, H., Gatica, D., & Santschi, V. (2019). De nouvelles technologies au service du maintien à domicile des personnes âgées. *Revue médicale suisse*, 15(658), 1407-1411.

Pelicioni, P. H., & Lord, S. R. (2020). COVID-19 will severely impact older people's lives, and in many more ways than you think ! *Brazilian Journal of Physical Therapy*.

Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 100539.

Poscia, A. & al. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144.

Roberton, G., & Cateau, C. (2004). Diplôme d'état d'infirmier : Le travail de fin d'études (TFE). Masson.

Sciensano. (2020). *Covid-19 – Bulletin épidémiologique du 22 octobre 2020*. En ligne, https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_Annex-FR.pdf, consulté le 22/10/2020.

Sciensano. (2018). Belgian Health Interview Survey : Services for home care. En ligne, <https://s9xjb.wiv-isp.be/SASStoredProcess/guest>, consulté le 09/12/2020.

Sciensano. (2020). *Première enquête de santé covid-19 : résultats préliminaires*. En ligne, https://www.sciensano.be/sites/default/files/report1_covid-19his_fr.pdf, consulté le 22/10/2020.

Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, 34, 128-137.

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. COVID-19 : LA SFGG adapte et déploie ESOGER1, un outil numérique canadien (créé par le Centre d'Excellence sur la Longévité du RUISSS McGill à Montréal). 2020. En ligne, <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de->

[presse/covid-19-la-sfgg-adapte-et-deploie-esoger1-un-outil-numerique-canadien/](#), consulté le 13/12/2020.

SSL. (2020). Smart Socialized Living. En ligne, <http://www.projet-ssl.eu/>, consulté le 18/11/2020.

van Dyck, L., Wilkins, K., Ouellet, J., Ouellet, G., & Conroy, M. (2020). Combating Heightened Social Isolation of Nursing Home Elders: The Telephone Outreach in the COVID-19 Outbreak Program. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.

Van Orden, K. A & al. (2020). Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During ‘Social Distancing’ Restrictions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.

Ville-Amie des Aînés. (2020). *Ville-Amie des Aînés : réseau francophone*. En ligne, <http://www.villesamiesdesaines-rf.fr/>, consulté le 30/10/2020.

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Critères d'inclusion

- Publications datant de 2016 à 2021
- Publications francophones ou anglophones
- Articles professionnels ou scientifiques
- Publications s'intéressant à la population des personnes âgées de plus de 65 ans
- Publications de rapportant à des stratégies visant à briser l'isolement social
- Publications comprenant des stratégies adaptées aux circonstances occasionnées par la crise sanitaire de la covid-19
- Publications comprenant des stratégies adaptées au domicile
- Publications écrites par des experts, des professeurs, des professionnels de la santé.

Critères d'exclusion

- Doublons
- Publications écrites dans une langue étrangère
- Publications ciblant les maisons de repos
- Publications peu concluantes, avec peu de données probantes

Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche dans le cadre du mémoire en santé publique de Madame Du Four Jaëlle. Ce projet d'enquête est destiné à identifier les moyens existants et à mettre en place pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile dans la province de Namur. Par conséquent, vous êtes sollicité(e) en tant que professionnel(le) d'aide et de soins à domicile travaillant chez ASD, à participer de manière volontaire à un entretien semi-directif.

Données collectées :

- Recueil de données sur votre vécu comme prestataires d'aide ou de soins de première ligne, travaillant au domicile de personnes âgées, durant cette période de crise sanitaire.
- Les moyens que vous avez pu mettre (ou non) en place pour faire face à l'isolement social de ces personnes.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette enquête est mise en œuvre suite à l'accord final du comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne ;
- Votre participation est volontaire et vous avez le droit d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier votre décision ;
- Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucune publication en rapport avec l'étude ;
- L'entretien sera enregistré avec votre accord, de façon à être transcrit pour permettre une analyse complète des échanges. Cette transcription effacera toute donnée permettant d'identifier bénéficiaires, professionnels, lieux, etc. Cette transcription ne sera disponible que pour l'étudiante et la promotrice du mémoire. Aucune donnée individuelle ne sera communiquée à votre employeur. Seuls les résultats synthétiques issus de l'ensemble des entretiens seront mis à disposition d'ASD ;
- Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation à la personne chargée de ce projet, Madame Jaëlle Du Four. Vous pouvez la contacter à l'adresse mail suivante : jaelle.dufour@student.uclouvain.be

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

Je m'appelle Jaëlle Du Four, je suis infirmière de formation et j'ai une spécialisation en santé communautaire. Depuis janvier 2021, je suis coordinatrice de soins à domicile sur le secteur de Namur et Eghezée chez Aide et Soins à Domicile. Je suis actuellement en 2^{ème} année de master en Science de la Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain. Cette année, dans le cadre de mon master, je réalise un mémoire dont le thème est « Epidémie covid-19 et isolement social des personnes âgées vivant à domicile ».

Vous correspondez au profil que je cherchais pour réaliser mes entretiens. L'entretien durera environ 45 minutes. Afin d'assurer une transcription de qualité de cet échange, et avec votre accord, je souhaiterais enregistrer cet entretien. Cette discussion restera anonyme et je ne citerai en aucun cas votre identité, ou tout élément qui permettrait de vous identifier. Son contenu ne sera utilisé que dans le cadre de mon mémoire. Si vous désirez arrêter à tout moment l'enregistrement, voici le bouton stop. Avez-vous des questions avant que nous commençons ? Pouvez-vous me confirmer que vous voulez toujours bien m'aider dans la réalisation de mon travail ?

Questions :

Profil du participant :

1) Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

Quelle est votre fonction ?

Combien d'années d'ancienneté avez-vous au sein de cette institution ?

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

2) Comment se déroulait votre activité professionnelle avant la crise sanitaire ?

Pouvez-vous me décrire une journée type de votre activité professionnelle ?

De quoi sont composées vos journées de travail ? (Travail administratif, travail de terrain...)

3) Comment se déroule votre activité professionnelle durant cette crise sanitaire ?

Quelles différences avez-vous ressenties dans votre pratique professionnelle entre l'avant et le pendant covid-19 ?

Observez-vous des différences dans votre activité professionnelle entre la 1^{ère} vague et la 2^{ème} vague de la crise sanitaire ?

Qu'est-ce qui fait une telle différence ?

Qu'est-ce qui fait une telle indifférence ?

Adaptation du travail face à la crise :

4) Comment avez-vous vécu cette crise sanitaire d'un point de vue professionnel ?

Comment vous sentez-vous vis-à-vis de cette situation ?

Avez-vous souhaité changer de métier à un moment donné ?

Si oui, pourquoi ? Qu'est-ce qui vous a encouragé à y penser à le faire ?

Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui a nourri votre volonté de continuer ?

Avez-vous été préparé à travailler dans de telles circonstances ?

Comment vous prépareriez-vous si une nouvelle pandémie frappait de nouveau ?

5) Comment avez-vous adapté votre activité professionnelle après la mise en place des mesures sanitaires (quarantaine, distanciation sociale, port du masque, etc.) ?

Vous êtes-vous rapidement accommodé aux mesures mises en place ?

Combien de temps accordiez-vous à vos patients avant la crise sanitaire ? Combien en accordez-vous durant la crise sanitaire ? Pourquoi cette (in)différence ?

6) Comment vos bénéficiaires ont-ils réagis face à ces nouvelles mesures ?

Profil des bénéficiaires :

7) Pouvez-vous me décrire le profil type de vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ?

Quels types de problèmes rencontrent ces personnes âgées ? (Au niveau médical, social, psychologique, financier ?)

Quelle proportion représente le public de plus de 65 ans dans vos bénéficiaires ?

8) Avez-vous perçu un changement dans le profil de vos bénéficiaires âgées de plus de 65 ans entre l'avant crise de la covid-19 et maintenant ?

9) Dans quelles conditions vivent la plupart de vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ?

10) Selon vous, les conditions de vie ont-elles changées entre l'avant crise sanitaire et maintenant ?

Perception de l'isolement social des bénéficiaires :

Avant d'entamer mes questions sur l'isolement social :

- Pouvez-vous me définir ce qu'est l'isolement social selon vous ?

11) Comment évaluez-vous l'isolement social parmi vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ?

Seriez-vous capable de quantifier une proportion de personnes souffrant de l'isolement social parmi vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ?

12) Comment vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans expriment-t-ils leurs ressentis face à l'isolement social ? / Comment abordez-vous le sujet de l'isolement social avec vos bénéficiaires âgés de plus de 65 ans ?

Dans quelles circonstances expriment-ils leurs ressentis face à cet isolement ?

Exprimaient-ils ces ressentis avant la crise ?

Stratégies permettant de faire face à l'isolement social :

13) Savez-vous identifier les facteurs conduisant à l'isolement social d'une personne âgée ?

Où avez-vous appris à les identifier ?

Pensez-vous qu'ils soient nécessaire de suivre une formation pour prévenir l'isolement social ? Pour quelles raisons seriez-vous intéressé(e) /pas intéressé(e) ?

14) Comment Aide et Soins à Domicile a-t-elle porté son intérêt sur la problématique de l'isolement social des personnes âgées vivant au domicile ?

Avant la crise sanitaire ?

Pendant la crise sanitaire ?

15) Quelles sont les ressources mises à votre disposition au sujet de l'isolement social d'une personne âgée ?

Quand vous a-t-on fourni ces ressources ? (Avant la crise sanitaire ? Pendant la crise sanitaire ?)

Qui vous a fourni ces ressources ?

Comment vous a-t-on fourni ces ressources ?

16) Quelles stratégies avez-vous utilisés pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées durant la crise ? / Quelles stratégies mettriez-vous en place pour remédier au sentiment d'isolement social des personnes âgées vivant au domicile ?

Comment les avez-vous mises en place ?

Si vous aviez autant de ressources que possible, quelle activité mettriez-vous en place pour prévenir ou lutter contre l'isolement social ?

17) Selon vous, quelles sont les activités qui semblent les plus pertinentes durant cette crise ?

Pour quelles raisons selon vous ?

ANNEXE 4 : TABLEAUX DE DONNEES QUANTITATIVES

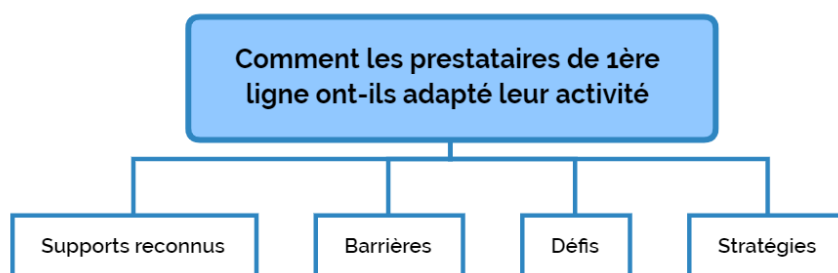
Tableau 7 : Evolution des bénéficiaires des soins infirmiers entre 2019 et 2020

Mois	Nombre de bénéficiaires en 2019	Nombre de bénéficiaires en 2020	Ecart en %
Janvier	1.656	1.704	2,90%
Février	1.756	1.688	-3,87%
Mars	1.734	1.584	-8,65%
Avril	1.702	1.278	-24,91%
Mai	1.703	1.442	-15,33%
Juin	1.673	1.551	-7,29%
Juillet	1.688	1.626	-3,67%
Août	1.688	1.604	-4,98%
Septembre	1.629	1.632	0,18%
Octobre	1.717	1.648	-4,02%
Novembre	1.722	1.594	-7,43%
Décembre	1.727	1.501	-13,08%
Moyenne	1.700	1.571	-7,51%

Tableau 8 : Evolution des visites en soins infirmiers entre 2019 et 2020

Mois	Nombre de visites en 2019	Nombre de visites en 2020	Ecart en %
Janvier	33.873	33.401	-1,39%
Février	31.591	31.777	0,59%
Mars	34.636	31.073	-10,29%
Avril	33.331	27.853	-16,44%
Mai	34.109	29.809	-12,61%
Juin	31.850	30.824	-3,22%
Juillet	33.703	32.093	-4,78%
Août	33.063	32.045	-3,08%
Septembre	32.102	31.282	-2,64%
Octobre	34.519	32.664	-5,37%
Novembre	31.981	30.642	-4,19%
Décembre	33.938	31.761	-6,41%
Moyenne	33.225	31.269	-5,89%

ANNEXE 5 : ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS



ANALYSE DES SUPPORTS RECONNUS

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Direction	X	X		X	X		X
Equipe	X	X	X	X		X	
Réseau						X	
Outils informatiques	X	X	X	X	X	X	X
Expérience					X	X	
Recommandations		X		X			

ANALYSE DES BARRIERES

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Multiplication des rôles professionnels	X	X	X	X	X	X	X
<u>Sentiments négatifs :</u>							
Fatigue	X	X	X	X	X	X	X
Métier difficile	X	X	X	X	X	X	
Manque de préparation	X	X	X	X	X	X	X
Solitude	X		X	X		X	
Travail de quantité mais pas de qualité			X	X			
Manque d'écoute			X				
Reproches de la famille		X					

ANALYSE DES DEFIS

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Profil des bénéficiaires :</u>							
Population âgée	X	X	X	X	X	X	X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	
Polypathologie	X	X	X	X		X	X
Isolement social	X	X	X	X	X	X	X
Souhait d'indépendance	X			X	X		
Peu d'outils informatique	X		X				X
Revenus faibles				X			
Refus d'aller en maison de repos				X	X		

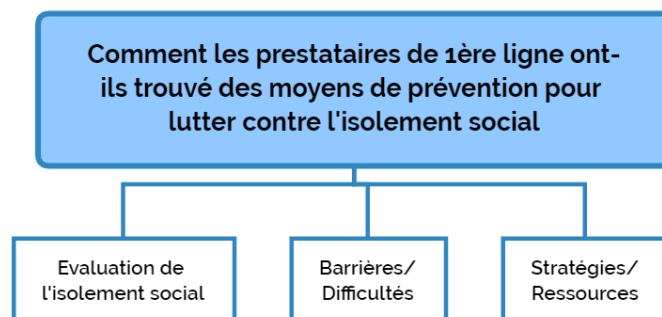
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Mesures sanitaires :</u>							
Port du masque	X	X	X	X	X	X	X
Port des gants				X			X
Plexiglas	X				X		
Distanciation sociale	X			X	X		X
Arrêt des réunions en présentiel	X	X	X	X	X		
Télétravail	X	X			X	X	
Chômage économique					X		X
Arrêt des prestations	X	X		X	X		X
Aération des pièces	X						X

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Confrontation à l'épidémie :</u>							
Arrêt des prestations de 1 ^{ère} ligne	X			X			
Diminution des ressources	X		X	X			
Diminution des RH chez ASD		X		X	X		
Baisse des demandes durant la 1 ^{ère} vague	X		X		X		X
Prestation d'heures supplémentaires				X	X		
Transmetteur du virus		X		X			
Création de nouvelles recommandations						X	

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Gestion quotidienne :</u>							
Charge de travail	X	X	X	X	X	X	
Réorganisation constante	X	X	X	X	X	X	
Gestion de l'inconnu		X			X		X
Gestion du matériel		X	X			X	
Gestion d'équipe		X				X	
Gestion des horaires		X	X	X	X		
Gestion des questionnements		X		X			
Gestion des nouvelles recommandations		X				X	
Gestion des émotions		X		X	X		X
Information/désinformation				X			X
Gestion des dossiers par téléphone	X						
Difficultés de déconnection		X					
Gestion des demandes extra-professionnelles				X			X

ANALYSE DES STRATEGIES

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Ressources matérielles		X				X	
Conseiller personnel						X	
Capacités personnelles	X	X	X	X	X	X	X



ANALYSE DE L'EVALUATION DE L'ISOLEMENT SOCIAL

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Identification des facteurs de risque :</u>							
Covid				X	X	X	X
Veuvage	X	X		X	X	X	
Vieillesse					X		X
Revenu financier					X	X	
Habitation en région rurale	X					X	
Réduction de la bulle sociale	X	X	X	X	X		X
Eloignement familial		X		X	X	X	
Perte d'autonomie						X	
Pathologies physiques et mentales						X	
Arrêt des activités					X	X	
Arrêt de certaines prestations	X		X	X	X		
Isolement souhaité		X		X			

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Expression verbale :</u>							
Plaintes	X	X	X	X	X		X
Mise en évidence d'une diminution de RH par questionnaire	X	X	X	X			
Demande d'aide par manque de RH					X		X
Dépression						X	
Pleurs					X	X	
Agressivité						X	
Vie socialement peu développée				X			
Expression de solitude		X					

	<u>Concept de l'isolement social :</u>
E1	Restriction des ressources humaines (familiale ou professionnelle)
E2	Être coupé du monde - Ne pas connaître les ressources disponibles
E3	Être seul sans aide, sans famille
E4	Abandon familial - Non-envie de consacrer du temps pour une personne
E5	Personne sans visite et sans ressources
E6	Perte de contacts, de relations - Perte d'un réseau social (familial, voisinage, amical) - Isolement au niveau physique et au niveau des activités
E7	Fait de ne voir personne

ANALYSE DES STRATEGIES CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Formations :</u>							
Renforcement des connaissances	X	X	X		X	X	
Partage des ressources / stratégies	X	X	X		X	X	

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Outils de communication :</u>							
Contacts sociaux réguliers	X			X	X	X	X
Collaboration avec les professionnels						X	
Transmission de liens internet sur la psychologie et l'écoute		X			X		
Visibilité des services disponibles			X				

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Prestations :</u>							
Capacité d'écoute		X			X	X	X
Personne-ressource	X						X
Continuité des prises en soins		X			X	X	
Attention portée sur les besoins fondamentaux	X	X	X	X	X	X	
Relais entre le bénéficiaire et les familles/les médecins traitants		X				X	
Humanité				X		X	
Entrer dans l'intimité des bénéficiaires				X			
Augmentation du temps d'échange	X	X	X				

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
<u>Présence d'un réseau :</u>							
Prestataires de 1 ^{ère} ligne	X	X	X	X	X	X	X
Assistant sociaux					X		X
Infirmières							X
Coordinatrice		X	X	X			

Psychologues				X			
Bénévoles	X			X		X	X
Famille	X	X		X	X	X	X
Case-managers						X	

ANALYSE DES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Annulation des prestations par le bénéficiaire ou la famille		X			X		X
Aspect financier	X		X			X	X
Décalage informatique	X		X			X	X
Invisibilité de certains services d'aides et de soins			X			X	X
Recommandations covid : interdiction de l'accompagnement aux courses					X	X	X
Désarmement des professionnels					X		
Fierté des bénéficiaires		X		X			
Fermeture des centres de jour et autres activités	X	X	X	X	X	X	
Abandon familial				X			
Gouvernance : - Recherche de quantité et non pas de qualité - Peu d'intérêt pour les aînés - Intérêt financier				X			
Durée des prestations limitée		X		X			
Météo	X	X					
Réticence pour les psychologues		X					X