



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé au temps de la pandémie : situations cliniques et ressenti des soignantes

A mobile psychiatric team for the elderly during the pandemic: Clinical cases and caregivers' feelings

S. Gakou*, M. Perez, O. Chermak

GHU Paris psychiatrie et neurosciences, 24, rue d'Hauteville, 75010 Paris, France

Disponible sur Internet le 11 juin 2022

MOTS CLÉS

Psychiatrie ;
Équipe mobile ;
Personne âgée ;
SARS-CoV-2 ;
Confinement ;
Émotions

Résumé Notre équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé est restée mobilisée pendant le premier confinement lié à la propagation du SARS-CoV-2. Des adaptations et des modifications des pratiques soignantes ont été nécessaires face aux nouvelles contraintes et à l'absence de différents partenaires sur le terrain. À travers cet article, nous souhaitons partager deux situations cliniques : l'une concerne un duo mère-fille vivant dans un lieu inadapté à la vie à deux, et l'autre, la situation d'une patiente de 93 ans atteinte de troubles cognitifs et ayant contracté le virus. À partir de ces deux situations, l'article aborde le vécu, les émotions et le ressenti des soignantes durant cette période inédite.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Psychiatry;
Mobile team;
Elderly;
SARS-CoV-2;
Lockdown;
Emotions

Summary Our mobile psychiatry team for elderly remained active during the first lockdown related to the spread of the SARS-CoV-2. Adjustments and changes in care practices were needed, new constraints had to be coped with, and several partners in the field were absent. In this article, we set out to share two clinical situations; one concerns a mother-daughter dyad living in accommodation that was unsuitable for two people, the other concerns a 93-year-old woman with cognitive disorders who contracted the virus at this time. From these two situations, the article discusses the experiences, emotions and feelings of the caregivers during this unprecedented period.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : s.gakou@ghu-paris.fr (S. Gakou).

Depuis mars 2020, nous subissons une pandémie due à un nouveau coronavirus, le SARS-CoV-2 responsable du COVID-19. En mars 2022, 6 143 649 personnes en étaient décédées dans le monde [1]. À la même période, le SARS-CoV-2 avait touché en France 25 803 173 personnes et 143 307 personnes en étaient décédées dans notre pays [2]. Entre mars 2020 et juillet 2021, 73 % des personnes qui en sont décédées avaient 75 ans et plus [3].

Nos aînés ont été fortement impactés par ce virus, que ce soit en institution ou à domicile. En tant qu'Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) (Encadré 1), nous avons pu constater l'impact de cette pandémie sur l'état de santé psychique des personnes âgées.

Depuis le début de cette crise sanitaire, le gouvernement français a mis en place plusieurs stratégies pour freiner les contaminations [4]. Du 15 mars au 11 mai 2020 a eu lieu le premier confinement. Beaucoup de nos patients se sont retrouvés perturbés dans leurs repères du fait de la réduction drastique des intervenants à domicile, majorant ainsi leur isolement, se retrouvant parfois avec très peu de réserves alimentaires et sans aides pour assurer leur quotidien et leurs besoins.

Soigner cette population pendant cette période a ajouté de la complexité à la situation clinique du patient. L'état de santé fragilisé par l'âge, les pathologies chroniques, l'environnement (isolement social et familial) ont été des facteurs aggravants.

Nous avons observé une aggravation globale d'un sentiment de solitude majoré par un sentiment d'abandon. De nombreux professionnels (travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, médecins traitants, kinésithérapeutes...) ne sont plus intervenus à domicile durant cette période. Afin de répondre aux besoins des sujets âgés, nous avons maintenu notre activité et amplifié nos actions grâce à la mise en place de la téléconsultation [5] et du télésoin [6]. Cependant, pour certains de nos patients (ceux présentant une surdité, par exemple), le téléphone n'était pas forcément adapté, voire générateur d'anxiété. La prise de conscience de leurs difficultés de communication avec le monde extérieur a aggravé ainsi leur isolement et leur vulnérabilité.

Les médias ont également généré une ambiance anxio-gène chez nos aînés [7] du fait de leur description en boucle de la situation sanitaire préoccupante, mettant en avant la saturation des services hospitaliers et, en particulier, des services de réanimation. Le décompte des morts a aussi ciblé principalement les personnes âgées. Cette situation a également bouleversé cette population par l'information donnée sur « un tri » effectué dans les hôpitaux en fonction de l'âge. Notre équipe a su s'adapter à cette nouvelle conjoncture avec pour objectif de réduire le sentiment d'isolement pré-existant chez certains de nos patients tout en évitant de les contaminer.

Dans cet article, nous proposons un retour d'expérience à travers l'exemple de deux situations cliniques rencontrées pendant cette période.

Cas cliniques

Mme O (janvier 2020 à avril 2021)

Mme O, 93 ans, nous a été signalée par son infirmier libéral en janvier 2020 pour suspicion d'état dépressif et vertiges.

Encadré 1 : Modalités d'intervention de l'EMPSA.

L'EMPSA est rattachée au GHU Paris psychiatrie et neurosciences. Cette unité est composée d'un médecin g rontopsychiatre, d'une infirmière, d'une infirmière en pratique avancée et d'une secrétaire. Cette équipe répond aux besoins de personnes âgées de 70 ans et plus en souffrance psychique. Elle intervient à domicile et assimilés sur Paris 9^e, 10^e et 19^e arrondissements sur signalement des partenaires.

Objectifs de l'EMPSA :

- viser le maintien de la personne âgée autant que possible à domicile et dans les meilleures conditions en préservant leur autonomie ;
- assurer la coordination entre les acteurs de terrain ;
- éviter les hospitalisations en urgence et favoriser les hospitalisations programmées ;
- participer à la sécurisation des personnes âgées dès leur sortie de l'hôpital ;
- favoriser la continuité des soins et assurer l'orientation ;
- réaliser, à domicile ou en Ehpad, une évaluation géronto-psychiatrique à visée diagnostique, ou en prévenir les risques ;
- conseiller, informer et former les professionnels et les aidants.

Elle vit seule au 3^e étage sans ascenseur, se déplace avec une canne et sort accompagnée. Elle a fait de nombreuses chutes récemment.

Son histoire de vie a été traumatique (mère brûlée lorsqu'elle avait 5 ans ; père tué par balles à la fin de la guerre lorsqu'elle avait 18 ans). Ancienne vendeuse en pharmacie, elle est veuve et a deux enfants. Dans ses antécédents psychiatriques, elle évoque avoir fait une dépression lorsque ses enfants étaient petits.

Le début des troubles psychiques remonte à l'été 2019, suite aux manifestations des gilets jaunes, avec l'apparition d'une perte de plaisir, une dévalorisation de soi, peur qu'on la vole et des idées de mort. Une anxiété latente vient compléter le tableau clinique, elle a été traitée par de la paroxétine et de la rispéridone. Une évaluation cognitive et une adaptation des aides à domicile ainsi que la mise en place d'une téléalarme ont été proposées.

Lors de notre intervention en janvier 2020, l'évaluation est en faveur d'un état anxiodépressif avec un score à la *Geriatric Depression Scale* (GDS) [8] à 10/15 et des vertiges en lien probablement avec de l'anxiété.

Du fait de la pandémie, il a été décidé un départ chez sa fille pendant le confinement.

Six téléconsultations et télésoins ont été réalisés entre mi-mars et mi-juin 2020 ainsi que des entretiens familiaux. Des adaptations de doses du traitement antidépresseur sérotoninergique ont été proposées ainsi que l'arrêt de la rispéridone.

Début avril 2020, on observe chez Mme O une diminution de l'apathie et de la symptomatologie anxieuse, une amélioration de l'appétit. Elle se remet à lire et apprécie les promenades en compagnie de sa fille.

Au mois de mai 2020, quand le moment est venu de rentrer chez elle à la fin du confinement, on observe une

anxiété anticipatoire, elle ne se sent plus en capacité de gérer son quotidien. Une réadaptation thérapeutique a alors été effectuée.

Fin juin, Mme O réintègre son domicile parisien, son fils trouve sa mère mieux psychiquement. Elle arrive à cuisiner, prend ses médicaments seule et n'a plus de vertiges.

Quelques semaines plus tard, on note la réapparition des vertiges ainsi que des troubles mnésiques d'allure hippocampique avec oublis à mesure. Une Imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et une consultation mémoire ont été proposées.

Fin octobre 2020, la famille nous a contactés, car Mme O était « très perturbée », la description des symptômes ressemblait à ceux d'un syndrome confusionnel.

Un lien avec son généraliste et le service de gériatrie a été effectué. Mme O présentait une rétention aiguë d'urine ainsi qu'une infection à SARS-CoV-2.

Un syndrome extrapyramidal est apparu après réintroduction de 1 mg de rispéridone.

Le bilan neuropsychologique a mis en évidence une atteinte visuospatiale, et il a été évoqué une atteinte neurocognitive mixte vasculaire et dégénérative.

En janvier 2021, à la demande de son fils, nous avons effectué une visite à domicile. Mme O ne nous reconnaît pas, elle ne parle quasiment plus, son regard est figé, elle est apathique. Son fils dit qu'elle est de plus en plus angoissée. Ses enfants ont décidé de « la placer » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), mais le sujet reste tabou. Lorsque nous l'interrogeons sur la possibilité de rentrer en institution, elle nous répond « j'aimerais mieux rester chez moi », elle paraît résignée. Quinze jours plus tard, Mme O est admise à l'Ehpad où son mari est décédé une dizaine d'années auparavant.

Début avril 2021, nous avons pris contact avec son fils afin de prendre des nouvelles de sa mère. À son arrivée dans l'institution, Mme O était désorientée dans l'espace et rentrait dans toutes les chambres, elle demandait souvent à ses enfants quand est-ce qu'elle allait rentrer chez elle. Puis, elle a perdu ses appareils auditifs, ses lunettes se sont cassées, son état s'est vite aggravé, elle ne communiquait plus, elle ne mangeait pas beaucoup et avait maigri. Des chutes à répétition sont venues compléter le tableau. Elle ne se déplaçait plus, elle était en fauteuil roulant. Ses enfants ne pouvaient lui rendre visite qu'une demi-heure par semaine, sans pouvoir se toucher, séparés par un plexiglas. Mme O décédera quelques jours plus tard.

Mère et fille (mars 2020 à juin 2020)

Il s'agit de deux femmes, une mère que l'on nommera Louise (98 ans) et sa fille que l'on nommera Marion (72 ans). Louise vit chez sa fille depuis un an et demi, suite à un séjour en Ehpad qui ne satisfaisait pas Marion. Celle-ci a donc pris la décision d'héberger et de s'occuper de sa mère. Cette situation nous a été signalée par la maison des aînés et des aidants (M2A) [9]. Le motif était la nécessité d'une évaluation de l'état de santé psychique de ces deux femmes. Avant la pandémie, une visite de deux coordinateurs sociaux de cette structure avait eu lieu auprès d'elles. Il avait été suspecté une souffrance psychique importante. Pour répondre à cette demande, nous avons fait le choix de prendre en soin ces patientes. Lors de nos évaluations,

nous avons effectivement constaté un état dépressif chez cette mère et sa fille lié à leur contexte de vie. Nous avons constaté une relation conflictuelle entre mère et fille et un risque suicidaire chez Louise qui avait fait une tentative de suicide, il y a plusieurs mois, en voulant se jeter dans un canal. Lors des conflits, Louise, apeurée, se réfugiait dans l'unique chambre qu'elle partageait avec sa fille. Disposant de très peu de place, mère et fille dormaient dans le même lit. Marion, aidante principale, était épuisée, elle ne supportait plus la vie à domicile avec sa mère. Le passage régulier de l'auxiliaire de vie (deux fois par semaine) était vécu comme une intrusion de son espace vital et de sa vie personnelle. Elle ne supportait plus de vivre dans ces conditions. Marion nous a confié : « j'ai l'impression de vivre en Ehpad ». Face à cette situation, notre équipe a préconisé un hébergement temporaire pour Louise ou une augmentation du nombre de passages du service d'aide à domicile (SAD) et le traitement de leur état dépressif.

Les préconisations faites ont été un échec. En effet, de nombreux Ehpad ont été touchés par le SARS-CoV-2, empêchant ainsi Louise d'entrer en institution, malgré une volonté forte de sa part.

Cette situation a nécessité une visite par semaine à domicile d'une durée d'une heure trente pendant le premier confinement. Des entretiens individuels et familiaux ont eu lieu. Ces deux femmes ont demandé une grande attention de notre part : auxiliaires de vie et infirmières, nous étions les seuls professionnels présents auprès d'elles. Il n'y avait pas de médecins disponibles pour une intervention à domicile. Il était impossible pour nous d'orienter l'une ou l'autre vers une structure d'urgence psychiatrique ou un autre établissement sans risquer une contamination par le virus.

Seul le maintien à domicile permettait de les protéger au maximum, mais il a fallu, bien sûr, tenir compte d'un potentiel risque de passage à l'acte suicidaire. Notre expérience et nos connaissances nous ont permis d'adapter nos prises en soins afin qu'elles puissent répondre au mieux aux besoins de Louise et Marion. Durant cette période de confinement, il a également été nécessaire de répondre aux besoins de ces patientes : livraison des repas, dossiers administratifs à compléter, renseignements divers.

C'est dans ce contexte que notre isolement en tant que soignantes a pris une grande dimension. Le médecin traitant, les coordinateurs sociaux et les assistants sociaux n'étaient pas présents sur le terrain à nos côtés. Seuls les échanges téléphoniques étaient possibles. Kinésithérapeutes et podologues étaient absents, malgré les besoins régulièrement rapportés par Louise. Difficile d'apaiser les tensions, la colère et la frustration de ces femmes dans ce contexte dont on ne savait pas combien de temps il allait durer. L'absence de partenaires en appui de notre intervention a été une faiblesse ressentie par notre équipe. Coordonner une prise en charge nécessite un travail en collaboration qui, malheureusement, n'a pas pu se faire durant toute cette période.

Il a fallu attendre la fin du confinement, la baisse du nombre de personnes infectées par le SARS-CoV-2 – en particulier en Ehpad – pour qu'enfin notre orientation soit acceptée. Un suivi rapproché et notre investissement en cette période difficile ont permis de créer une solide relation de confiance avec cette mère et sa fille. Nos visites régulières étaient une « bouffée d'oxygène », comme nous l'a

Tableau 1 Comparatif chiffré des entretiens téléphoniques et des téléconsultations de notre équipe mobile de psychiatrie entre mars 2019 et février 2021.

	Entretiens téléphoniques	Téléconsultations
1 ^{er} mars 2019 au 29 février 2020	48	0
1 ^{er} mars 2020 au 28 février 2021	37	167

confié Marion. Dans le respect des gestes barrières et avec les plus grandes précautions, Louise a finalement intégré un Ehpad, malgré les réticences et la culpabilité de sa fille. Marion a été orientée vers un centre médicopsychologique (CMP) pour un suivi régulier.

Cette situation, déjà complexe, a été accentuée par la pandémie. Il a fallu nous adapter en tant que soignants à cette nouveauté dans notre paysage sanitaire : port de surblouse, masques, garder ses distances ; autant de mesures protectrices rendant parfois plus difficile la relation d'aide.

Discussion

Les situations exposées reflètent les difficultés de prise en charge de Mme O et de Louise et sa fille pour la période de mars 2020 à janvier 2021. Nous avons constaté, à travers ces deux cas cliniques, la vulnérabilité psychique des personnes âgées en période de pandémie et les difficultés de respect des préconisations sanitaires [10]. Durant cette période difficile, nous avons dû adapter notre exercice aux besoins de nos patients. Cela a également été le cas pour d'autres professionnels exerçant en psychiatrie qui ont, selon Chevance et al. [10], « inventé dans un délai record des pratiques de soins permettant de préserver au maximum les patients et leurs soignants ». Rares professionnels sur le terrain, nous avons dû aller au-delà de nos activités habituelles afin de répondre au mieux aux besoins et aux multiples questions des personnes âgées. Cette expérience difficile dans sa durée a également été très enrichissante. Nous avons déployé une autre méthode de travail (téléconsultations et télésoins (Tableau 1) en complément de nos visites habituelles, la télé médecine a facilité l'accès aux soins de nos patients [11,12]. Cela a été le cas pour Louise et sa fille pour lesquelles nous avons effectué 12 visites à domicile et 21 téléconsultations en 4 mois de prise en charge.

Entre 2019 et 2021, la crise sanitaire a impacté l'activité de l'EMPSA. On observe une diminution du nombre des signalements (et donc de notre file active) probablement liée à l'absence des professionnels du domicile sur le terrain, ce qui conforte notre sentiment de solitude à cette période (Tableau 2).

De plus, la durée de prise en charge par notre équipe s'est vue allongée. Les orientations ne pouvaient pas se faire du fait du déclenchement du plan blanc dans les hôpitaux en date du 6 mars 2020 avec la réorganisation des structures de soins et l'arrêt des consultations non urgentes [10]. La pandémie à SARS-CoV-2 nous a bousculés dans nos propres représentations du travail soignant. Cette situation a mis en

Tableau 2 Comparatif chiffré de la file active et des visites à domicile de notre équipe mobile de psychiatrie entre 2019 et 2021.

	File active	Visites à domicile
2019	162	313
2020	90	202
2021	89	286

lumière nos limites, mais surtout toutes les ressources que nous possédons et que nous pouvons mettre à disposition de nos patients. Nous avons aussi répondu à des demandes inhabituelles des familles qui ne savaient pas comment annoncer au conjoint survivant le décès de son partenaire dû au SARS-CoV-2. Parfois, à l'occasion d'une visite à domicile, nous devions nous rendre à la pharmacie pour acheter les médicaments de nos patients isolés qui n'osaient plus sortir. La situation de Louise et de sa fille nous a permis de déployer toutes nos compétences, elle nous a demandé une adaptation de nos modalités de prise en charge. Tous les services de psychiatrie ont dû revoir leur organisation face à la pandémie [13]. Les mesures de confinements ont généré de fortes demandes de soutien psychologique et psychiatrique [10]. D'anciennes situations nous ont été à nouveau signalées chez des patients antérieurement stabilisés qui étaient psychologiquement fragiles. Des aidants nous ont posé des questions auxquelles nous ne pouvions pas répondre au sujet de ce virus que nous ne connaissions pas bien, une nécessité de soutien de ces derniers tiraillés entre le souhait d'aider leur proche et la crainte de les contaminer, entraînant de la culpabilité et de l'angoisse. Les aidants, privés de visite en Ehpad, ont, eux aussi, manifesté une détresse psychique les conduisant parfois jusqu'aux soins [10-14]. Paradoxalement, nous n'avons pas reçu de demandes émanant des Ehpad, pendant le premier confinement, comme si la souffrance psychique était au second plan. Les pertes de repères des patients souffrant de troubles cognitifs ont été source d'aggravation sur le plan psychique, voire ont précipité l'entrée en institution [14]. Cela a été le cas pour la situation Mme O. L'adaptation de cette résidente nouvellement arrivée s'est faite dans un contexte de stress des équipes avec pour dénominateur commun dans les établissements « l'isolement physique et psychique du sujet par privation active imposée et la perte de ses liens avec l'humain, donc avec lui-même » [15]. Cette perte du lien avec autrui a entraîné Mme O « vers la pente létale, dans un processus de cessation de vie » comme décrit dans un journal de bord tenu par des psychologues [15].

Comme pour les soignants en Ehpad [16], pendant notre pratique quotidienne, nous avons dû faire face, montrer une sérénité qui n'était pas réelle, interioriser nos difficultés, nos émotions, nos ressentis vis-à-vis des patients. La pandémie a généré chez nous une angoisse de contracter la maladie lors de nos déplacements, mais aussi de contaminer un patient, un collègue ou notre famille. Prendre les transports en commun, faire de mauvaises rencontres, dans cette ville confinée, ont intensifié nos craintes. En tant que soignantes, plus qu'à l'habitude, nous devons compter l'une sur l'autre. Nous aurions souhaité avoir, à ce moment-là,

une écoute attentive de nos ressentis, de nos peurs et une réponse à nos interrogations.

La reprise du travail d'une des soignantes après contamination a également généré de l'inquiétude. Le médecin de l'équipe a présenté des symptômes évocateurs d'une infection par SARS-COV-2, et malgré un premier test PCR négatif, elle a préféré favoriser les consultations téléphoniques plutôt que de prendre le risque de contaminer l'équipe et les patients en se rendant chez eux. Sentiment identique retrouvé en Ehpad avec la peur d'être infecté et de transmettre le virus à leurs proches [17]. Cette indisponibilité ou incapacité à mener à bien sa mission de soignante en temps de crise a été pourvoyeuse d'un sentiment de culpabilité et de frustration chez ce médecin hospitalier du fait de sa non-participation active à la gestion de cette crise. Ces sentiments ont également été retrouvés chez des soignants en Ehpad qui ont souhaité continuer à travailler malgré la peur et les risques [17]. Une semaine plus tard, son infection au SARS-CoV-2 est confirmée, le contact a eu lieu trois jours avant le premier test PCR lors d'une formation. Un sentiment de soulagement est survenu du fait d'avoir pris la bonne décision de ne pas avoir exposé ni l'équipe ni les patients fragiles à cette pathologie inconnue. Cela a aussi permis de mettre à distance la culpabilité ressentie initialement.

Conclusion

À travers les différentes situations cliniques rencontrées au début de la crise sanitaire, nous avons pris conscience de la complexité de nos missions, de notre savoir-faire et savoir-être soignant. Il a fallu dépasser nos propres angoisses et s'adapter afin de répondre aux nouvelles problématiques pour soutenir nos patients et leurs proches dans les meilleures conditions possibles.

À ce jour, la pandémie fait toujours partie de notre quotidien. Nous avons découvert et expérimenté de nouvelles modalités de prise en charge.

La collaboration développée entre les professionnels s'intensifie et perdure. Malgré des conditions de travail difficiles et l'épuisement des équipes, les soignants poursuivent leurs missions et s'adaptent aux conditions sanitaires actuelles.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Johns Hopkins University of medicine. Coronavirus resource center COVID-19. Ce site est mis à jour de façon pluriquotidienne. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Consulté le 1er Avril 2022.
- [2] Johns Hopkins University of medicine. Coronavirus resource center, France. Ce site est mis à jour de façon pluriquotidienne. <https://coronavirus.jhu.edu/region/france> Consulté le 1er Avril 2022.
- [3] Gautier M. Répartition des décès dus au coronavirus (COVID-19) en France du 1^{er} mars 2020 au 21 avril 2022, par tranche d'âge; 2022 [<https://fr.statista.com/statistiques/1104103/victimes-coronavirus-age-France>]. Consulté le 12 mai 2022].
- [4] Gouvernement. Les actions du gouvernement; 2021 [<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>]. Consulté le 12 mai 2022].
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. La téléconsultation; 2020 [<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>]. Consulté le 12 mai 2021].
- [6] Ministère de la Solidarité et de la Santé. Le télésoin; 2021 [<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/le-telesoin>]. Consulté le 12 mai 2022].
- [7] Chau S. Les attentes des Français sur « l'utilité du journalisme » et le traitement éditorial de la crise sanitaire; 2020 [<https://www.institut-viaivoice.com/traitement-editorial-crise-sanitaire/>]. Consulté le 12 mai 2022].
- [8] Yesavage JA. Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24(4):709–11.
- [9] Ville de Paris. Une maison pour guider et informer les aînés et leurs aidants; 2018 [<https://www.paris.fr/pages/une-maison-pour-guider-et-informer-les-aines-et-leurs-aidants-4419>]. Consulté le 12 mai 2022].
- [10] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encephale* 2020;46(3):S3–13.
- [11] Desbordes M, Nebout S, Grès H, et al. La télémedecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2015;15(89):270–3.
- [12] Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale. Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance. *Rezeaux* 2018;207(1):123–64.
- [13] Bocher R, Jansen C, Gayet P, et al. Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19. *Encephale* 2020;46(3):S81–4.
- [14] Piccoli M, Tannou T, Hernandorena I, et al. 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 Med Public Health* 2020;14:100539.
- [15] Grosclaude M, Brossard F. Vécu des résidents confinés en Ehpad : journal de bord. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2021;21(126):379–90.
- [16] Charazac P. Du temps de la COVID-19 au temps du soin en Ehpad. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2021;21(126):374–8.
- [17] Jeannin F. Témoignage et impact psychologique de la crise COVID sur les patients et les soignants en hôpital gériatrique. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2021;21(125):332–40.