

# L'isolement Social Et La Solitude Chez Les Personnes Âgées:

Sondage auprès des  
prestataires de services  
sociaux et de santé  
Canadiens



*Résumé préparé pour Le Groupe De Travail  
sur Les Lignes Directrices*



**CCSMH**  
Canadian Coalition for  
Seniors' Mental Health

**CCSMPA**

Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées



## CONTEXTE

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) mène actuellement un projet sur l'isolement social et la solitude. Ce projet a pour but de développer et de promouvoir des lignes directrices canadiennes destinées aux prestataires de services sociaux et de santé afin de les aider à reconnaître et à traiter les signes d'isolement et de solitude chez les personnes âgées. Dans le cadre de ce travail, la CCSMPA a lancé en janvier 2023 un sondage pancanadien à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé. Le sondage visait à en apprendre davantage sur les attitudes, les expériences, les connaissances et les opinions des personnes travaillant directement avec les personnes âgées, en ce qui concerne l'isolement social et la solitude. Le présent document décrit l'ensemble des méthodes utilisées pour développer, mener et analyser le sondage et présente un résumé des résultats obtenus.

# MÉTHODES

L'équipe du projet a développé un sondage en ligne basé sur les méthodes mixtes et comportant des questions ouvertes et fermées, une combinaison de questions démographiques (par exemple, responsabilités professionnelles, secteur de la santé), de questions d'opinion (par exemple, êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'affirmation suivante) et de questions axées sur l'exercice. La version provisoire du sondage a fait l'objet d'un test pilote auprès d'un groupe de prestataires de services sociaux et de santé qui ont donné leur avis sur la terminologie, la clarté des questions, la facilité d'utilisation et la fonctionnalité technique de l'étude. Le sondage a été modifié en fonction des commentaires reçus et la version définitive a été traduite en français (et rendue accessible dans les deux langues officielles) avant d'être préparée à l'aide du logiciel de sondage Qualtrics pour administration en ligne. Le sondage et le protocole de recherche ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université Queen's.

La CCSMPA a fait parvenir une lettre d'invitation par courrier électronique aux membres de sa liste de diffusion (environ 1700 contacts) et à son réseau de contacts organisationnels (45 organisations) axés sur les secteurs de la santé et des services sociaux. Le sondage a également fait l'objet d'une promotion sur les médias sociaux. Les organisations et les personnes contactées ont aussi été encouragées à partager l'information avec leurs réseaux afin de faciliter l'échantillonnage en boule de neige. La participation au sondage était libre et ouverte, ce qui permettait à toute personne disposant d'un lien d'y accéder.

La lettre d'invitation incluait une description du projet et un lien vers le sondage. Avant de répondre au sondage, les participants ont été invités à consulter un feuillet d'information et un

formulaire de consentement. Ces documents contenaient des informations sur la durée et le contenu du sondage, le stockage des données, la confidentialité et les détails de l'étude. Après avoir consenti à prendre part à l'étude, les participants ont pu répondre au sondage en ligne, prévu pour durer environ 15 minutes. Aucune incitation n'a été proposée aux participants pour qu'ils répondent au sondage.

Le sondage comportait 24 questions fermées et 5 questions ouvertes réparties sur 5 pages (écrans). Il comprenait l'utilisation de questions adaptatives, mais pas de répartition aléatoire d'unités statistiques. En outre, les participants devaient répondre à 7 questions démographiques fermées. Toutes les questions étaient facultatives et les participants n'étaient pas tenus d'y répondre pour poursuivre le sondage. Ces derniers n'avaient pas non plus la possibilité de réviser ou de modifier leurs réponses une fois le sondage terminé. Les données du sondage ont été collectées entre le 25 janvier 2023 et le 28 février 2023.

Des statistiques sommaires ont été calculées pour les variables démographiques et les données quantitatives. Des analyses de sous-groupes ont également été effectuées, notamment pour examiner les différences potentielles dans les réponses en fonction de variables telles que la profession et le nombre d'années d'expérience. Les premières réponses au sondage ont été incluses dans les analyses. Des analyses d'unités statistiques ont été réalisées sur la base de toutes les données disponibles pour chacune de ces unités et aucune correction statistique (p. ex., pondération des unités statistiques ou scores de propension) n'a été effectuée. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique et d'une analyse de contenu, selon le cas. Les résultats ont été interprétés par triangulation des données quantitatives et qualitatives.

# RÉSULTATS

## ***Achèvement du Sondage***

Le taux d'achèvement du sondage a été de 56,6 %, la majorité des questions sans réponse étant les questions démographiques situées à la fin du sondage. Au total, 507 personnes ont participé au sondage, y compris 287 personnes qui y ont répondu intégralement. Le nombre le plus élevé de répondants à une seule question a été de 358.

## ***Caractéristiques des participants***

Le tableau 1 présente un résumé complet des caractéristiques des participants au sondage. Il convient de noter que l'échantillon du sondage comprenait des répondants de toutes les provinces du Canada ainsi que de deux territoires sur les trois. En outre, il y a eu trois répondants internationaux. Les répondants au sondage exerçaient principalement dans de grandes villes (33,9 %), de petites villes (27 %), des zones semi-urbaines (24,4 %) et des zones rurales (14,9 %). La plupart des répondants n'avaient pas de lieu de travail secondaire. Environ 70 % des répondants ont déclaré travailler directement avec des personnes âgées. Comme le montre le tableau 1, un certain nombre de professions des secteurs de la santé et des services sociaux étaient représentées dans l'échantillon de l'étude.

## ***Résultats du sondage***

Les répondants au sondage ont déclaré connaître très bien les problèmes de santé physique, de santé mentale et les problèmes sociaux qui aggravent l'isolement social et à la solitude chez les personnes âgées (tableau 2). Quatre-vingt-quinze pour cent des répondants ont reconnu ou fortement reconnu être bien informés sur les problèmes de santé physique. De même, 95 % et 95 % ont reconnu ou fortement reconnu être bien informés respectivement sur les problèmes de santé mentale et les problèmes sociaux. En

revanche, les réponses variaient davantage en ce qui concerne leur capacité auto-déclarée à répondre efficacement aux conséquences physiques, mentales et sociales de l'isolement social et de la solitude (tableau 2). Seulement 45 % des répondants ont estimé être en mesure de répondre efficacement aux problèmes de santé physique résultant de l'isolement social et de la solitude, et seulement 55 % et 44 % ont estimé être en mesure de répondre efficacement de façon respective aux problèmes de santé mentale et aux problèmes sociaux. Il ressort des réponses des participants aux questions sur les connaissances/aptitudes et leur nombre d'années d'expérience des rapports statistiquement significatifs; en effet, un plus grand nombre d'années de pratique était associé à de meilleures connaissances et aptitudes auto-déclarées pour répondre efficacement aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude (Tableau 3).

La plupart des répondants ont estimé que répondre aux problèmes que rencontrent les personnes aux prises avec l'isolement social et la solitude (70 %) et les prévenir chez les personnes qui font face à ces risques (69 %) (Tableau 2) font partie de leurs responsabilités professionnelles. En cherchant à savoir ce qui fait spécifiquement partie de leurs responsabilités, une tendance intéressante s'est clairement dégagée (Figure 1.) Alors que la plupart des répondants estiment que leurs responsabilités consistent à remarquer ou à observer les signes d'isolement social et de solitude, à discuter avec les patients, à les soutenir et à les orienter, on constate une nette diminution du nombre de répondants indiquant que leurs responsabilités consistent à faire un dépistage ou une évaluation et encore moins à offrir des mesures d'intervention ou de gestion. Ce constat s'applique à tous les groupes professionnels.

Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les obstacles qui influent sur leur capacité à répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude, les trois principaux obstacles que les répondants ont décelés étaient les suivants : le manque de ressources communautaires, le financement insuffisant du système ou de l'organisation pour mettre en œuvre des interventions appropriées et le manque de

soutien organisationnel ou administratif (tableau 4). Dans une question ouverte de suivi, il a été demandé aux répondants de sélectionner l'obstacle le plus important pour eux et d'expliquer comment il influe sur leur capacité à répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude (analyse thématique détaillée à l'annexe 1).

En ce qui concerne le manque de ressources communautaires, les répondants ont fait part de ce qui suit



“Les types de ressources disponibles pour répondre aux besoins particuliers des gens sont peu variés. Toutes les ressources ne conviennent pas à tout le monde. Par conséquent, il y a des limites aux services que l'on peut offrir aux gens.”

- **Occupational Therapist**



“Il manque de ressources dans la communauté, y compris des options gratuites ou peu coûteuses et accessibles, pour les personnes âgées à faible revenu ou à revenu fixe qui sont aux prises avec l'isolement social ou la solitude.”

- **Autre professionnel/le professionnelle des services sociaux**

En ce qui concerne le financement insuffisant de l'organisation ou du système ainsi que le manque de soutien organisationnel ou administratif, deux répondants ont fait part de leurs observations :



“Il n'y a pas grand-chose que nous puissions faire. Nous pouvons orienter les gens vers un groupe communautaire, un programme hospitalier de jour, etc., mais il n'y a aucune garantie que ces individus ou ces familles ont les moyens de participer à ce programme.”

- **Médecin**



“Je dispose de ressources communautaires, mais j'ai besoin d'une approbation et d'un financement de la direction pour orienter les clients de ces programmes vers des visites communautaires.”

- **Travailleur social/travailleuse sociale**

Outre les obstacles à la lutte contre l'isolement social et la solitude, les répondants au sondage ont été invités à indiquer les stratégies qu'ils ont intégrées dans leur pratique pour atténuer l'isolement social et la solitude dont souffrent les personnes âgées. Trois stratégies ont été mises de l'avant comme étant celles qui ont été les plus intégrées. Il s'agit des interventions d'entraide (p. ex., les personnes âgées agissant à titre de bénévoles auprès d'autres personnes âgées, les groupes de pairs, les initiatives d'entraide de quartier); des interventions en matière d'activités physiques (p. ex., les activités physiques en groupe, les activités d'interactions physiques et sociales); et des soins de santé adaptés aux personnes âgées (p. ex., l'allocation de plus de temps pour les rendez-vous, les modalités de rendez-vous souples [par téléphone, ou Internet], une approche d'équipe intégrée).

Les répondants ont également été invités à indiquer ce qui les préparerait mieux à répondre aux problèmes sociaux et de santé qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées ou qui en découlent. Les cinq réponses les plus fréquemment citées sont : des partenariats de collaboration avec des organisations sociales ou des groupes sociaux (82,1 %); des partenariats de collaboration avec des organisations ou des groupes de santé (71,3 %); des outils ou des ressources d'exploration des procédures d'aiguillage (67,0 %); avoir accès à du personnel

de soutien par les pairs (p. ex., des personnes âgées formées en tant que bénévoles) (63,1 %); et des lignes directrices de pratique clinique (56,7 %). Une question ouverte de suivi demandait aux répondants de sélectionner la ressource la plus importante pour eux et d'expliquer pourquoi ou comment la ressource sélectionnée pouvait les aider à optimiser leur travail avec les personnes âgées aux prises avec l'isolement social et la solitude ou qui risquent de l'être (Tableau 5). Les partenariats de collaboration avec les organismes de services sociaux et de santé ont été sélectionnés à près d'un tiers, ce qui montre clairement l'importance des partenariats dans l'optimisation des soins.

Enfin, la dernière question du sondage demandait aux participants s'ils considéraient l'isolement social et la solitude comme deux concepts distincts et les raisons de leur réponse. Soixante-quinze pour cent des participants ont répondu qu'ils considéraient ces deux concepts comme étant distincts, tandis que 14 % n'y voient aucune distinction entre eux et 11 % se disaient incertains. Bien qu'il soit rassurant que la majorité des répondants comprennent qu'il s'agit de concepts distincts, les réponses montrent qu'il y a matière à amélioration, notamment parce que certains répondants ont estimé que ces concepts « se recoupent considérablement » et qu'il peut être « difficile de les distinguer ».



# Interprétation

Le présent sondage a fourni un aperçu des attitudes, des connaissances et des pratiques actuelles des prestataires de services sociaux et de santé en ce qui concerne l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées partout au Canada. Les répondants étaient des prestataires de services sociaux et de santé représentant une variété de professions à travers le Canada. Ceux-ci ont affirmé avoir un niveau élevé de connaissances sur les problèmes physiques, mentaux et sociaux liés à l'isolement social et à la solitude chez les personnes âgées. En revanche, ils ont affirmé avoir un niveau plus faible en ce qui concerne leur capacité à répondre efficacement aux conséquences physiques, mentales et sociales de l'isolement social et de la solitude. Il s'est dégagé une corrélation positive entre le nombre d'années de service et les connaissances et capacités autodéclarées. C'était encourageant de constater que pour la plupart des participants, répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude chez les personnes âgées relevait de leurs responsabilités. Cependant, lorsqu'on a décomposé leurs tâches de manière plus détaillée, on a constaté que seulement un nombre infime de répondants ont estimé que les mesures d'intervention ou de gestion de l'isolement social et de la solitude faisaient partie de leurs responsabilités. Les réponses au sondage ont également permis de relever les stratégies couramment utilisées par les participants pour répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude (interventions d'entraide, interventions en matière d'activités physiques et soins de santé adaptés aux personnes âgées), d'en apprendre sur ce qui les aiderait à mieux répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude. La nécessité d'une collaboration accrue est apparue comme un principe central.

Le contraste entre les connaissances que les répondants ont déclaré avoir et leur capacité à répondre efficacement aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude indique que

dans les faits, les prestataires de services sociaux et de santé rencontrent des obstacles dans la mise en œuvre de leurs connaissances. En s'attaquant aux obstacles, il est éventuellement possible de leur donner des occasions de mettre leurs connaissances en pratique, ce qui améliorerait leur capacité à répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude. Par exemple, les répondants ont signalé le manque de ressources communautaires, le financement insuffisant du système ou de l'organisation pour la mise en œuvre d'interventions appropriées, ainsi que le manque de soutien organisationnel ou administratif comme étant les principaux obstacles qui influent sur leur capacité à répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude. La nécessité d'une plus grande collaboration avec les groupes sociaux et de santé, telle que cernée par les prestataires de services sociaux et de santé, pourrait permettre de réduire les obstacles comme le manque de ressources communautaires et le manque de soutien organisationnel ou administratif. En effet, des recherches récentes indiquent qu'il y a un besoin urgent de mettre en place des modèles de soins plus collaboratifs (Lake, 2017). De même, des études axées sur une plus grande collaboration interprofessionnelle en soins de santé ont permis de mettre en évidence des résultats prometteurs sur l'isolement social et la solitude (Joosten-Hagye, 2020; Price, 2015).

Les obstacles que les répondants ont signalés peuvent également être un facteur qui influence la perception qu'ont les prestataires de leurs responsabilités en ce qui concerne l'isolement social et la solitude. Comme le montrent les données, le taux de réponses positives à la question relative aux responsabilités en matière d'intervention ou de gestion pour tous les groupes de prestataires interrogés a enregistré une baisse. Ceci est particulièrement préoccupant, car si aucun groupe de prestataires ne considère qu'il s'agit d'un élément central

de leurs responsabilités, cela peut avoir des répercussions sur les personnes âgées à la recherche de soins pour des problèmes liés à l'isolement social et à la solitude. Les personnes âgées aux prises avec l'isolement social et la solitude sont rarement répertoriées au sein de leur propre communauté, mais elles interagissent souvent avec le système de santé ou les services sociaux (Blazer 2020). Par conséquent, les prestataires de services sociaux et de santé sont particulièrement bien placés pour participer non seulement au dépistage et à l'évaluation des problèmes liés à l'isolement social et à la solitude, mais aussi à la mise en œuvre de mesures d'intervention et de gestion de ceux-ci. De même, il sera éventuellement nécessaire d'offrir une formation continue à chacun d'entre eux et de mettre en place des mesures de soutien constant.

L'élaboration de lignes directrices cliniques peut permettre aux prestataires de services sociaux et de santé de se sentir capables de répondre efficacement aux enjeux que posent l'isolement social et la solitude et, par conséquent, de reconnaître le rôle qu'ils peuvent jouer dans la gestion de ces problèmes. L'élaboration de lignes directrices combinée à des pratiques actives de mise en œuvre destinées à encourager leur adoption a également permis d'améliorer les résultats pour les patients (Murad, 2017). En outre, 56,7 % des répondants au sondage ont indiqué que des lignes directrices cliniques les prépareraient mieux à répondre aux problèmes sociaux et de santé qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées ou qui en découlent. Soixante-et-un pour cent des prestataires interrogés ont indiqué que l'absence de lignes directrices cliniques avait certaines répercussions (37 %), beaucoup de répercussions (18 %) ou des répercussions extrêmes (6 %) sur leur capacité à répondre aux problèmes liés à l'isolement social et à la solitude chez les personnes âgées. Par conséquent, l'élaboration de lignes directrices cliniques pour permettre de répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude s'impose comme étant la prochaine étape.

## ***Orientations futures***

Les résultats de la présente étude seront utilisés pour appuyer l'élaboration et la promotion de lignes directrices cliniques nationales sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé. Un sondage complémentaire auprès des personnes âgées de partout au Canada est en cours pour contribuer à l'élaboration des lignes directrices. En outre, un groupe de travail sur les lignes directrices, composé d'experts en la matière, a été constitué. Il examinera les données issues d'une revue de la littérature sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées et s'appuiera sur les données probantes pour rédiger les lignes directrices cliniques nationales. Les enseignements tirés du sondage auprès des prestataires de services sociaux et de santé et du sondage auprès des personnes âgées seront utilisés pour étayer les initiatives d'application des connaissances et pour améliorer l'adoption des lignes directrices par les prestataires de services sociaux et de santé.





## Limites

La participation à des sondages en ligne comme celui présenté ici est soumise à l'auto-sélection. Une autre limite fréquente des sondages en ligne porte sur la « nature non représentative » des personnes capables d'utiliser des ordinateurs et l'Internet. Toutefois, compte tenu de la population cible de ce sondage, il est peu probable que cela pose problème, car ces personnes sont à l'aise avec l'utilisation d'un ordinateur et de l'Internet dans le cadre de leur travail quotidien. La longueur du sondage s'est avérée être un défi puisque près de la moitié des participants n'ont pas achevé le sondage. La plupart des questions sans réponses étaient des questions démographiques. Les réponses à ces questions nous auraient permis d'en savoir plus sur la représentativité et le caractère généralisable de notre échantillon.

## Conclusion

Bien que l'isolement social et la solitude soient depuis longtemps un sujet de préoccupation pour les personnes âgées, c'est la pandémie de COVID-19 qui a permis de concentrer l'attention sur ce sujet. Les personnes âgées, ainsi que leur famille, leurs amis et leurs partenaires de soins, peuvent de plus en plus se tourner vers les prestataires de services sociaux et de santé pour obtenir de l'orientation. Ces derniers doivent être préparés en s'appuyant sur les données probantes disponibles et sur une bonne connaissance des stratégies et des ressources. En outre, il est impératif de cerner les obstacles à une prestation de soins efficace et de les aplanir. La présente étude a contribué à fournir une bonne compréhension des attitudes, des connaissances et des pratiques actuelles des prestataires de services sociaux et de santé concernant l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Les travaux futurs sur l'élaboration de lignes directrices cliniques s'appuieront sur les résultats obtenus à ce jour et fourniront des conseils indispensables aux prestataires de services sociaux et de santé.



# TABLEAUX ET GRAPHIQUES

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants**

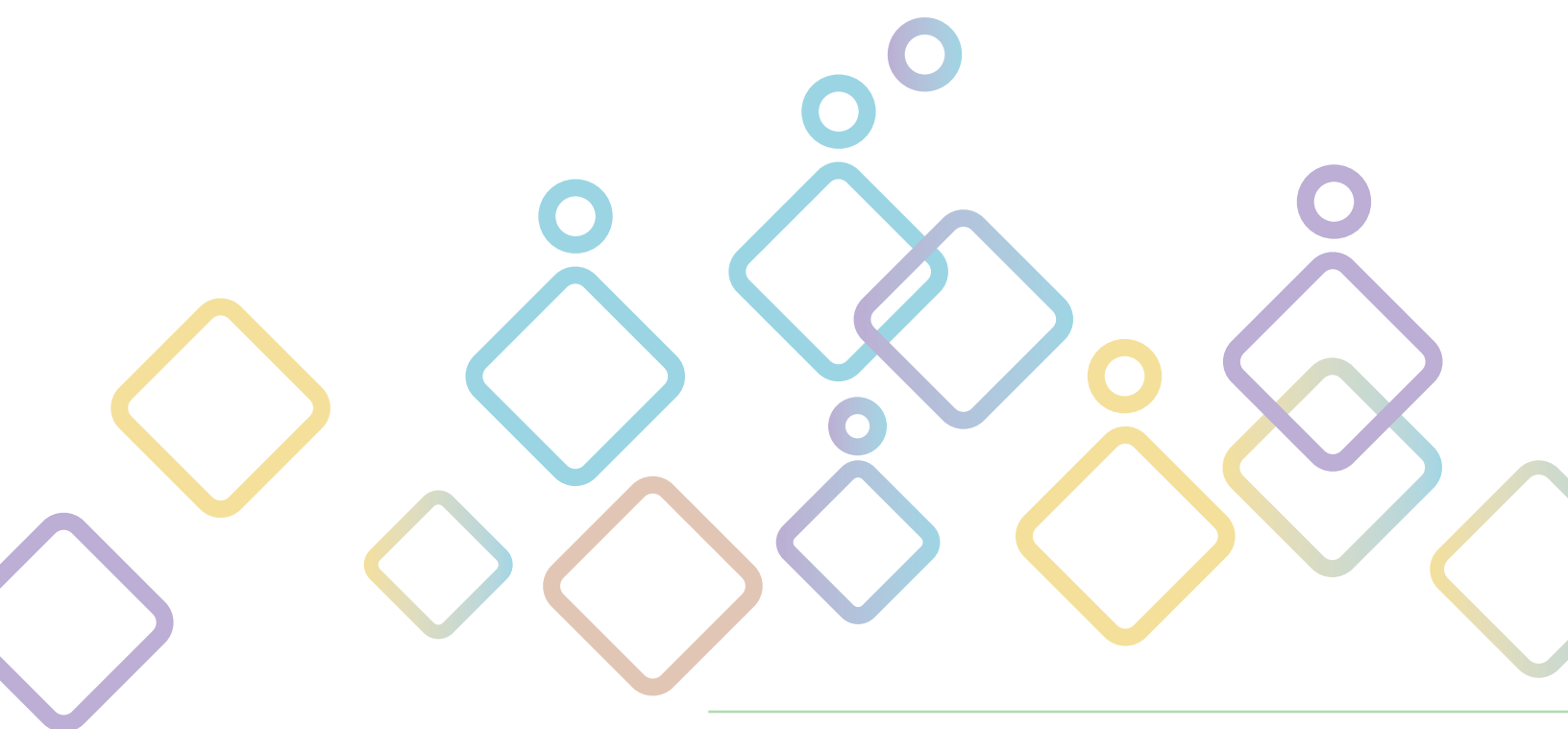
Principale province d'exercice	Nombre de répondants
Ontario	109
Nouvelle-Écosse	36
Manitoba	35
Colombie-Britannique	27
Territoires du Nord-Ouest	24
Terre-Neuve-et-Labrador	19
Québec	12
Alberta	10
Nouveau-Brunswick	9
Nunavut	4
Saskatchewan	4
Autres	3
Île-du-Prince-Édouard	2
Yukon	0
Taille de la zone d'exercice	
Grandes zones urbaines (plus de 500 000 habitants)	98
Petites zones urbaines (population comprise entre 100 000 et 499 999 habitants)	78
Zones semi-urbaines (population comprise entre 10 000 et 100 000 habitants)	70
Zones rurales (population inférieure à 10 000 habitants)	43

Tableau continue sur prochaine page.

<b>Zone d'exercice secondaire</b>	
Non	174
Oui	115
<b>Nombres d'années d'exercice</b>	
20 ans et plus	108
De 11 à 20 ans	65
De 5 à 10 ans	56
De 1 à 4 ans	47
Moins d'un an	13
<b>Domaine d'intervention spécifique</b>	
Travail en contact direct avec des personnes âgées	189
Autre (par exemple, contact occasionnel avec des personnes âgées)	31
Supervision/gestion d'autres personnes travaillant en contact direct avec des personnes âgées	28
Administration/supervision d'équipes ou de systèmes venant en aide aux personnes âgées	24
<b>Profession</b>	
Infirmier/infirmière - IA	40
Travailleur social/travailleuse sociale	40
Organisme de services communautaires	29
Pharmacien/pharmacienne	17
Autre professionnel/professionnelle des services sociaux	16
Psychiatre	25
Autre professionnel/professionnelle de la santé	15
Médecin de famille	12
Ergothérapeute	12

Tableau continue sur prochaine page.

Gériatre	11
Professionnel/professionnelle de la santé publique	10
Infirmier/infirmière - IAA	9
Infirmier/infirmière - NP	8
Autre médecin spécialiste	7
Préposé/préposée aux soins à domicile	7
Dentiste	6
Infirmier/infirmière - IPA	6
Promoteur/promotrice de la santé	5
Conseiller/conseillère	4
Physiothérapeute	4
Psychologue	2
Nutritionniste/diététicien ou diététicienne	2

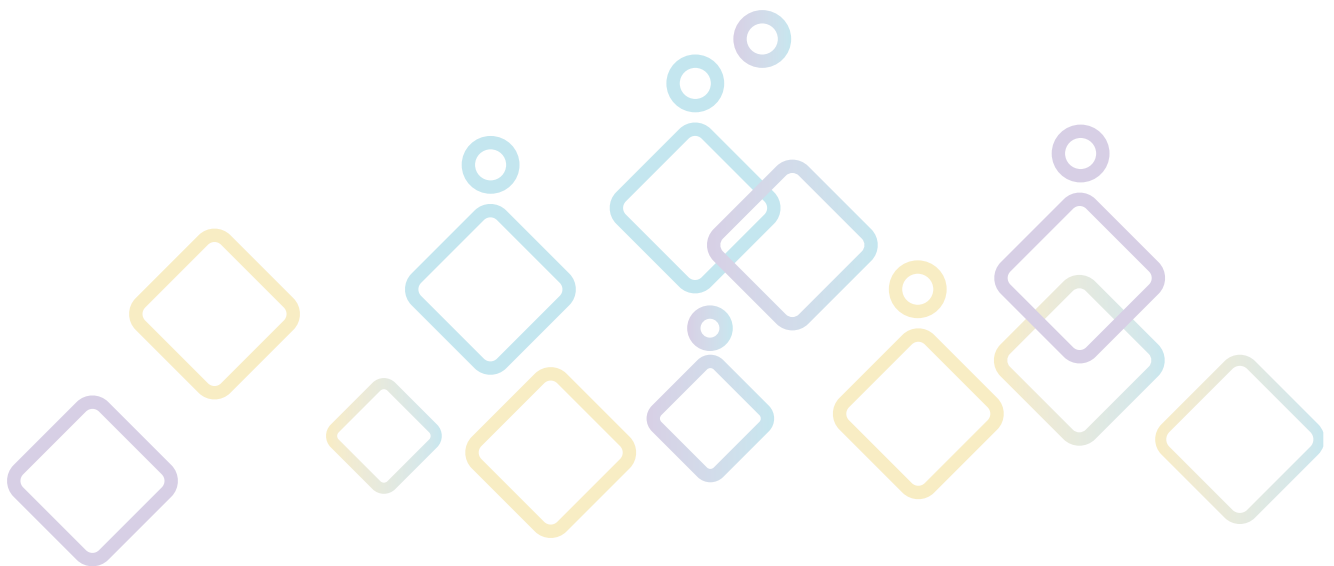
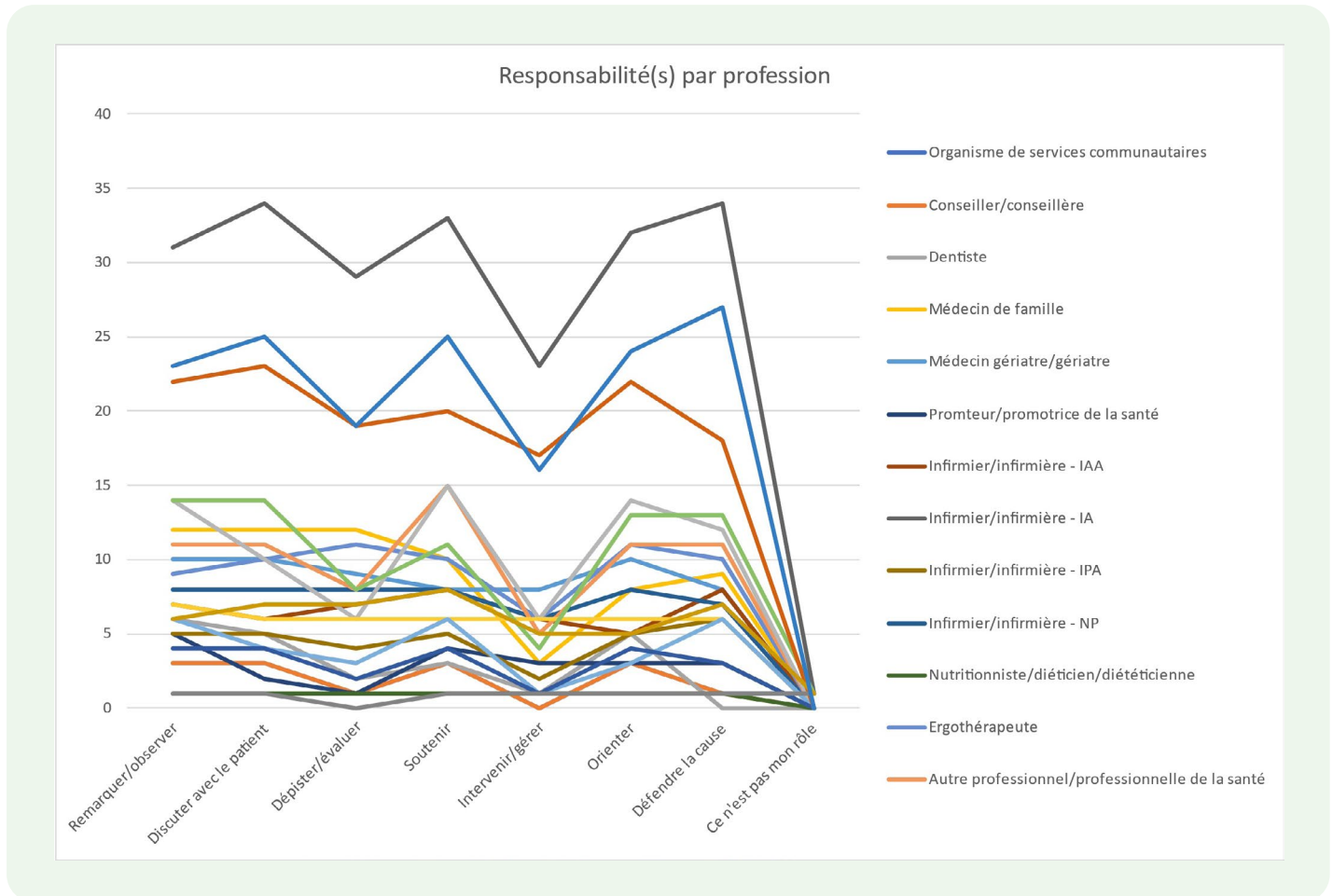


**Tableau 2 : Connaissances et attitudes rapportées par les participants**

Veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :	Fortement en désaccord (%)	En désaccord (%)	Ni d'accord ni en désaccord (%)	D'accord (%)	Entièrement d'accord (%)
Je suis bien informé(e) sur les problèmes de santé physique (p. ex., mobilité réduite) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	1	2	2	46	49
Je suis bien informé(e) sur les problèmes de santé mentale (p. ex., la dépression) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	0	2	3	44	51
Je suis bien informé(e) sur les problèmes sociaux (p. ex., la perte d'un partenaire) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	1	1	2	44	52
Je suis capable de traiter efficacement les problèmes de santé physique qui découlent de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	4	21	30	33	12
Je suis capable de répondre efficacement aux problèmes de santé mentale qui découlent de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	3	17	25	43	12
Je suis capable de répondre efficacement aux problèmes sociaux qui découlent de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	5	18	33	33	11
Répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude auxquels sont confrontées les personnes âgées fait partie de mes responsabilités professionnelles.	6	9	14	43	28
Essayer de prévenir les problèmes d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées qui font face à ces risques fait partie de mes responsabilités professionnelles.	6	8	17	44	25

## Graphique 1 :

Réponses des participants à la question de sondage : « Quelles responsabilités professionnelles percevez-vous comme étant les vôtres en ce qui concerne l'atténuation de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées? [sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent].



### Tableau 3 :

Relation entre les connaissances et les attitudes déclarées par les participants et le nombre d'années de pratique.

Question	Signification statistique
Je suis bien informé(e) sur les problèmes de santé physique (p. ex., mobilité réduite) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	Relation statistiquement significative $p=0,000\ 0917$ ; ampleur de l'effet : 0,204
Je suis bien informé(e) sur les problèmes sociaux (p. ex., la perte d'un(e) partenaire) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	Relation statistiquement significative $p=0,000\ 510$ ; ampleur de l'effet : 0,193
Je suis bien informé(e) sur les problèmes de santé mentale (p. ex., la dépression) qui aggravent l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.	Relation statistiquement significative $p=0,009\ 48$ ; ampleur de l'effet : 0,170
Je suis capable de traiter efficacement les problèmes de santé physique résultant de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	Relation statistiquement significative $p=0,012\ 7$ ; ampleur de l'effet : 0,168
Je suis capable de répondre efficacement aux problèmes sociaux résultant de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	Relation statistiquement significative $p=0,036\ 3$ ; ampleur de l'effet : 0,157
Je suis capable de répondre efficacement aux problèmes de santé mentale résultant de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.	Non significatif ( $p=0,252$ )
Répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude auxquels sont confrontées les personnes âgées qui en font l'expérience fait partie de mes responsabilités professionnelles.	Non significatif ( $p=0,555$ )
Essayer de prévenir les problèmes d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées qui font face à ces risques fait partie de mes responsabilités professionnelles.	Non significatif ( $p=0,798$ )

## Tableau 4 :

Incidence des obstacles sur la capacité des participants à répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude que rencontrent les personnes âgées.

	Cela n'a pas d'incidence sur mes capacités (%)	Cela a une légère incidence sur mes capacités (%)	Cela a une certaine incidence sur mes capacités (%)	Cela a une incidence très importante sur mes capacités (%)	Cela a une incidence extrêmement importante sur mes capacités (%)
Absence de lignes directrices cliniques	18	21	37	18	6
Manque personnellement de connaissances sur la manière d'aider les personnes âgées confrontées à la solitude et à l'isolement	25	31	25	16	3
Méconnaissance personnelle des interventions appropriées pour répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées	28	27	27	14	4
Manque de ressources communautaires	2	9	14	32	43
Manque personnellement de connaissances sur les ressources communautaires disponibles	16	27	25	22	10
Financement insuffisant du système ou de l'organisation pour mettre en œuvre des interventions appropriées	1	6	13	34	46
Manque de soutien organisationnel/ administratif	1	15	22	26	26
Ne figure pas dans la description de poste	53	18	15	7	7
Possibilités de formation insuffisantes ou inadéquates	21	21	26	21	11
Manque personnellement de temps pour participer à des formations	24	19	27	18	12
Manque personnellement de temps pour mettre en œuvre des interventions appropriées	21	18	27	23	11



## Tableau 5 :

Sélection par les répondants des ressources les plus importantes susceptibles d'optimiser leur travail avec les personnes âgées aux prises avec des problèmes d'isolement social et de solitude ou qui font face à ces risques.

Ressource de la plus haute importance	Pourcentage de répondants ayant sélectionné une ressource
Partenariats de collaboration (avec des organismes de services sociaux et de santé)	31%
Ressources pour guider les meilleures pratiques (lignes directrices cliniques, adaptées aux postes, groupes en quête d'équité)	12%
Exploration des procédures d'aiguillage (assortie d'une coordination de la gestion des cas)	11%
Bénévolat/soutien par les pairs	10%
Formation/éducation (adaptée aux professions)	10%
Infrastructure appropriée (domaine prioritaire – formation, financement durable, subventions, politiques, coordination, mesures de soutien communautaire homogènes, abordables/accessibles, p. ex., le transport, etc.	7%
Élaboration de programmes communautaires innovants (sur mesure)	5%
Outils/risque (algorithmes de dépistage ou de prise de décision clinique)	5%
Connaissance des ressources disponibles	3%
Entendre les récits d'expériences vécues/la voix et la contribution des personnes âgées	3%
Approche centrée sur la personne/exploration et renforcement des capacités	3%

# Annexe 1 : Analyse thématique des obstacles

b) Dans la liste ci-dessus, veuillez indiquer l'obstacle le plus important pour vous. Veuillez expliquer comment cet obstacle influe sur votre capacité à aider les personnes âgées aux prises avec l'isolement social et la solitude ou qui risquent de l'être [Facultative/2-3 phrases]

## RÉSUMÉ DE LA RÉPONSE

De l'avis des prestataires de services sociaux et de santé, certains obstacles ont une incidence sur leur capacité à prévenir et à atténuer l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.

Il s'agit notamment des suivants:

- › manque de ressources de proximité pouvant aider à recenser les personnes âgées à risque, à les aider à s'orienter dans le système de soutien en place ou à les accompagner à des programmes ou événements qui les intéressent;
- › manque de solutions de rechange communautaires gratuites ou peu coûteuses;
- › manque d'options de transport gratuites ou peu coûteuses pour aider les personnes âgées à se rendre aux programmes et événements communautaires et de santé (formels et informels);
- › insuffisance des compétences numériques chez les personnes âgées (pour utiliser les interventions technologiques innovantes);
- › compréhension insuffisante de la manière dont les responsabilités professionnelles de chaque prestataire peuvent contribuer à prévenir ou à atténuer l'isolement social et la solitude;
- › manque d'infrastructures ou de ressources organisationnelles pour promouvoir et soutenir les pratiques réputées pour prévenir ou atténuer l'isolement social et la solitude;
- › mauvaise connaissance des mesures de soutien appropriées disponibles (à la fois dans la communauté et au sein des systèmes de santé et de services sociaux) pour prévenir et réduire l'isolement social et la solitude et la façon d'y accéder.

# Obstacles au niveau personnel

Les obstacles au niveau personnel sont attribuables aux traits caractéristiques personnels (p. ex., psychologiques, comportementaux, sociodémographiques) ou aux compétences (p. ex., connaissances, habiletés, aptitudes) des personnes âgées. Les barrières personnelles peuvent avoir une incidence sur la capacité des prestataires de services sociaux et de santé à établir des rapports durables et à promouvoir une utilisation optimale des mesures de soutien disponibles pour prévenir et atténuer l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.

## **Motivation et confiance en soi**

Les personnes âgées aux prises avec l'isolement social et la solitude peuvent manquer de motivation et de confiance en soi, ce qui peut susciter une réticence de leur part à demander de l'aide. Il peut donc s'avérer difficile pour les prestataires de services sociaux et de santé de trouver ces personnes âgées et de prendre contact avec elles. Bien au contraire, beaucoup d'entre elles demeurent dans l'ombre, ce qui complique les efforts des prestataires de services sociaux et de santé pour apporter un soutien à cette population.

“

Certaines personnes sont trop timides ou gênées et ne veulent pas accéder aux ressources, aux programmes ou aux services.”

- **Travailleur social/travailleuse sociale**

De même, le manque de motivation et d'assurance peut être une raison sous-jacente pour laquelle les personnes âgées contournent les services et les mesures de soutien que leur recommandent les prestataires de services sociaux et de santé.

“

“Les clients s'en sortiraient mieux et se sentiraient plus en sécurité de participer à l'un de ces programmes communautaires s'ils ont quelqu'un pour les y accompagner”

-**Autre professionnel/professionnelle des services sociaux**

## **Capacité financière**

Le fait que de nombreuses personnes âgées disposent d'un revenu fixe constitue un obstacle important qui influe sur la marge de manœuvre avec laquelle les prestataires de services sociaux et de santé peuvent les mettre en contact avec des services de soutien afin de réduire leur isolement social et leur solitude. Par exemple, si un taxi est nécessaire pour accéder à un service particulier, cela entraîne une dépense directe pour le patient ou le client et peut expliquer pourquoi celui-ci évite d'établir un lien avec cette ressource. En outre, pour les personnes âgées qui vivent en milieu rural, les coûts de transport pour accéder aux ressources communautaires dans les villes voisines peuvent être particulièrement prohibitifs.



“Il n’y a pas grand-chose que nous puissions faire. Nous pouvons orienter les gens vers un groupe communautaire, un programme hospitalier de jour, etc., mais il n’y a aucune garantie que ces individus ou ces familles ont les moyens de participer à ce programme.”

*-Médecin*

### ***Accès aux moyens de transport***

La capacité de conduire son propre véhicule ou de compter sur les transports en commun, ou encore sur les services de transport en commun accessibles peut influencer la décision d’une personne d’utiliser ou non un service ou une ressource d’aide en particulier. De nombreuses personnes âgées dépendent des transports en commun. Il peut s’avérer difficile de coordonner les allers-retours entre les ressources de soins de santé et les ressources communautaires, en particulier pour les personnes âgées qui manquent de motivation. Lorsque les prestataires de services sociaux et de santé orientent un client vers une ressource proposée, ils ignorent quelle est la probabilité que ce client puisse éventuellement accéder à cette ressource et soit effectivement en mesure de le faire. D’autre part, l’utilisation de véhicules de transport en commun accessibles à des fins autres que les rendez-vous médicaux entraîne des coûts pour le client.



“Il est très difficile de mettre les personnes âgées en contact avec des ressources si elles sont incapables de se déplacer de façon autonome et disposent de moyens financiers limités.”

*-Travailleur social/travailleuse sociale*

### ***Inclusion numérique***

L’inclusion numérique désigne les compétences et les ressources nécessaires pour vivre, apprendre et travailler dans une société où la communication et l’accès à l’information passent de plus en plus par le biais des technologies numériques. Les ressources en ligne offrent aux utilisateurs l’avantage d’avoir accès à des ressources thérapeutiques, récréatives et sociales gratuites (ou à faible coût) et qui ne nécessitent pas de déplacement. Cependant, les lacunes en matière de culture numérique observées chez de nombreuses personnes âgées ont une incidence sur la latitude avec laquelle les prestataires de services sociaux et de santé peuvent leur recommander des ressources en ligne pour les aider à gérer elles-mêmes leurs problèmes d’isolement social et de solitude. Cet obstacle s’est avéré particulièrement problématique au plus fort de la pandémie de COVID-19.



“De nombreux clients âgés ne préfèrent pas communiquer par le biais de la technologie (p. ex., sur Zoom). En outre, l’accès à la technologie (et la capacité à l’utiliser) représente également un obstacle majeur.”

*-Autre professionnel/professionnelle de la santé*

# Barrières professionnelles

Les barrières professionnelles sont reliées à des attributs professionnels (p. ex., le champ d'activité, la formation professionnelle) ou aux compétences individuelles (p. ex., les connaissances, les compétences, les aptitudes) des prestataires de services sociaux et de santé. Les barrières professionnelles peuvent gêner la capacité de ces derniers à détecter, à gérer ou à suivre efficacement les problèmes d'isolement social et de solitude que rencontrent leurs patients ou clients.

## Champ d'activité

En fonction de leurs tâches professionnelles et du cadre organisationnel dans lequel ils travaillent, les prestataires de services sociaux et de santé peuvent ou non être responsables d'offrir des soins directs en lien avec l'isolement social et la solitude. En d'autres termes, ceux d'entre eux qui sont bien placés pour dépister et détecter les problèmes d'isolement social et de solitude peuvent être mal à l'aise d'offrir des mesures d'interventions actives ou de s'engager dans des activités de suivi. Par exemple, les professionnels qui travaillent dans des établissements de soins de courte durée ont pour principale responsabilité d'intervenir sur les problèmes de santé aigus (comme les maladies cardiovasculaires). Quant aux problèmes sociaux et psychologiques que rencontrent leurs patients ou clients (tels que l'isolement social et la solitude), ils relèvent de la responsabilité secondaire de ces professionnels. Dans les cas de suspicion de problèmes d'isolement social et de solitude, il est important que ces professionnels de la santé soient en mesure d'accéder à des services d'aide et d'établir des liens avec ces derniers qui pourront offrir une aide directe pour répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude. Savoir quels professionnels ou quelles organisations fournissent des services d'intervention directs pour répondre aux problèmes d'isolement social et de solitude et comment s'y référer fait partie intégrante d'une approche holistique et homogène de réponse face à l'isolement social et à la solitude dans le continuum des soins.



“Il est évident que l'isolement social fait partie du problème et qu'il a possiblement des répercussions sur d'autres plans de la santé. Cependant, ceci n'est pas le motif de la consultation; néanmoins, je peux envisager de l'inclure dans le cadre de mes responsabilités. Le problème est qu'il se peut que les tiers payants n'approuvent pas ce service, car il n'entre pas dans le cadre du motif pour lequel le patient nous a été recommandé. Et pourtant, en dehors des heures de travail, je n'ai pas le temps d'aborder ce problème avec mes clients.”

*–Organisme de services communautaires*

## Le problème de temps

La durée de temps dont disposent les professionnels de la santé pour évaluer l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, suivre une formation et se familiariser avec les ressources et les mesures d'interventions peut varier d'une profession à l'autre et d'un établissement à l'autre. Lorsque les questions d'isolement social et de solitude n'entrent pas dans le champ d'activités professionnelles, il est possible que les prestataires de services sociaux et de santé aient un temps plus limité à consacrer à cette question. Certains d'entre eux peinent à trouver le temps supplémentaire nécessaire pour évaluer et répondre adéquatement aux problèmes d'isolement social et de solitude reliés à d'autres problèmes médicaux (c.-à-d. les motifs pour lesquels le patient ou le client leur a été recommandé)

“

“J’ai beau avoir toutes les ressources nécessaires et tout le soutien dont j’ai besoin, si je n’ai pas le temps de m’asseoir avec les personnes âgées ou de passer 10 minutes de plus au téléphone pour gagner leur confiance ou les écouter, les rencontrer là où ils résident, et ainsi de suite, je ne peux pas bien faire mon travail.”

**- Répondant anonyme**

Trouver le temps supplémentaire pour rechercher les connaissances et les ressources portant sur l’isolement social et la solitude (si elles ne sont pas déjà connues) peut également être un défi. Par exemple, il n’est pas rare que des organisations ne compilent pas et ne mettent pas à jour les données concernant les critères d’éligibilité et d’orientation des services sociaux, communautaires et de santé externes. Par conséquent, c’est aux prestataires de services sociaux et de santé pris individuellement que revient la tâche de recueillir ces informations et d’établir ces liens en dehors des heures de service.

“

“La charge de travail est si importante qu’il est difficile de prendre le temps de lire les courriels pour m’informer sur ce qui se passe au service si je n’en ai pas encore connaissance.”

**-Autre médecin spécialiste**

### **Connaissance des services de soutien disponibles**

Le manque de connaissances et d’informations sur les ressources et les services de soutien disponibles (au sein des établissements de santé, des services sociaux et des cadres communautaires et en dehors) peut entraver la capacité des prestataires de services sociaux et de santé à mettre les personnes âgées en relation (par le biais d’orientations, de prescriptions sociales ou de suggestions) avec des ressources utiles. Les connaissances granulaires requises par les prestataires de services sociaux et de santé (p. ex., les emplacements, les coûts, les critères d’éligibilité, l’accessibilité par les transports en commun, les heures d’ouverture, les listes d’attente) pour pouvoir établir des contacts et faire des suggestions fiables et efficaces sont souvent difficiles à obtenir, éparpillées et désuètes au sein de leurs organisations.

“

“Soit il y a un manque de connaissances ou alors il n’existe pas de procédure centrale pour y avoir accès. Différentes personnes véhiculent toujours des informations de différentes sources; il n’existe pas de fiche d’information centrale sur les ressources.”

**-Ergothérapeute**

Par conséquent, les prestataires de services sociaux et de santé ont souvent une connaissance limitée et pas toujours fiable des ressources et des services de soutien disponibles. Par exemple, il est très important de savoir si une ressource est située à proximité d'un arrêt de bus et ne pas disposer de cette information peut être un frein à certaines orientations.

“

“J'ai acquis une grande partie de mes connaissances à travers les appels téléphoniques aléatoires passés spontanément à différentes personnes pour vérifier quelles ressources sont disponibles.”

*-Médecin*

### **Accès à la formation et aux ressources**

L'étendue de la formation portant sur l'isolement social et la solitude joue un rôle dans la manière dont les prestataires de services sociaux et de santé travaillent avec les personnes âgées possiblement aux prises avec ces problèmes. Par exemple, recommander des ressources à des personnes âgées au sein des services de santé, des services sociaux ou de la communauté est une approche courante pour réduire l'incidence de l'isolement social et de la solitude. Cependant, un manque de formation sur la manière de dépister l'isolement social et la solitude et de connaissances des outils appropriés peut être à l'origine d'une hésitation à dépister ces problèmes.

“

“Les possibilités de formation sont insuffisantes ou inadéquates – je sens que le manque de formation combiné au manque de personnel de soutien est un véritable problème.”

*-Infirmier/infirmière (LPN)*

De même, le manque de connaissances concernant les stratégies efficaces et la manière de les mettre en œuvre dans les établissements ou cadres pertinents peut dissuader les prestataires de mettre en œuvre des interventions axées sur l'isolement social et la solitude.

“

“Manque de connaissances personnelles – il s'agit du fait de ne pas savoir exactement comment obtenir les meilleures informations portées à ma connaissance pour mieux comprendre les interventions existantes et comment faire pour les mettre en œuvre et les rationaliser lors des consultations avec les patients.”

*-Pharmacien/pharmacienne*

# Obstacles organisationnels

Les barrières organisationnelles tirent leurs origines des règles, des règlements, des ressources et des procédures en place au sein des organisations et entre elles. Elles sont présentes à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des organisations et entravent la capacité des prestataires de services sociaux et de santé à atténuer, gérer et suivre les problèmes d'isolement social et de solitude chez leurs patients ou clients.

## Équipes Pluridisciplinaires

La stature des professionnels auxquels les prestataires peuvent facilement accéder au sein de leurs propres organisations peut influencer la rapidité avec laquelle les problèmes d'isolement social et de solitude sont détectés et traités. Elle peut également favoriser des orientations appropriées vers des services ou des mesures de soutien externes et de bonnes mises en contact avec ces derniers. Pour illustration, si un prestataire fait partie d'une équipe multidisciplinaire plus large, il peut être en mesure d'établir des contacts avec des ressources internes appropriées plus rapidement que s'il devait faire une orientation vers une source externe. Les disciplines dans lesquelles on a estimé qu'il était très pertinent d'offrir des services de counseling en lien avec les questions d'isolement social et de solitude et de trouver des réponses actives à ces dernières sont le travail social, l'ergothérapie, la thérapie par le jeu et la psychologie.

“À mon avis, ce n'est pas le rôle d'un gérontopsychiatre de gérer des problèmes sociaux tels que la solitude. C'est le travail d'un travailleur social. Les travailleurs sociaux font partie intégrante de l'équipe de gérontopsychiatrie.” *-Psychiatre*

## Collaboration en dehors des organismes de services sociaux et de santé

En fonction de la facilité avec laquelle les prestataires de services sociaux et de santé peuvent accéder à d'autres personnes en dehors de leurs propres organisations ou de leurs secteurs, cela peut influencer leur capacité à établir des relations efficaces entre les points de transition. Par exemple, les liens établis entre les organismes de services sociaux et de santé peuvent favoriser l'accès des prestataires à des connaissances et ressources intégrées afin d'offrir aux clients ou aux patients du soutien et de l'aide de façon collaborative. De même, les prestataires qui travaillent dans des établissements de soins primaires et de courte durée peuvent établir des liens plus étroits avec des équipes de soins de proximité spécialisés et de soins à domicile qui peuvent intervenir pour soutenir directement des clients ou des patients au sein de la communauté et les aider.

“Nous pouvons nous occuper de dépister (confirmer) les problèmes d'isolement et de solitude. Nous pouvons offrir un soutien et discuter des interventions avec le client. Nous pouvons faire l'orientation vers des programmes ou des services supplémentaires pour contrer spécifiquement l'isolement social ou la solitude. Mais il n'est pas de notre ressort de mettre en œuvre des mesures d'intervention appropriées.” *-Infirmier/infirmière (IA)*



## ***Soutien administratif***

Dans de nombreux cas, la mise en œuvre des interventions en matière d'isolement social et de solitude nécessite un soutien administratif pour accéder à des ressources supplémentaires (comme du personnel, des bénévoles, de la formation). En guise d'illustration, une initiative visant à intégrer la zoothérapie dans un foyer de soins de longue durée (SLD) nécessiterait (au minimum) des moyens pour recruter un zoothérapeute, des ressources (robot ou animal vivant) et du temps pour former le personnel de ce foyer SLD. Ainsi, l'accès restreint aux ressources spécifiques relatives à l'isolement social et à la solitude peut entraver les efforts des prestataires de services sociaux et de santé pour mettre en œuvre des interventions telles que les programmes d'entraide, les groupes de formation à la pleine conscience ou les groupes de mise en forme physique ou d'interactions sociales.

“Je dispose de ressources communautaires, mais j'ai besoin d'une approbation et d'un financement de la direction pour recommander les clients de ces programmes à des visites communautaires.”

***-Social Worker***

## ***Consultations élargies***

Tous les prestataires ne sont pas bien placés pour aider directement les personnes âgées à commencer à participer à des activités sociales, ludiques et thérapeutiques et à rester assidues. Pour ces derniers, l'incapacité à mettre facilement en relation les patients ou les clients avec des ressources de proximité (p. ex., des bénévoles, des pairs ou du personnel de proximité) peut constituer un obstacle important. Sans accès aux ressources pouvant fournir une assistance « sur le terrain », les prestataires peuvent manquer de confiance dans l'efficacité de leurs orientations et de leurs suggestions et dans la capacité de ces dernières à atteindre les résultats escomptés.

“Nous avons besoin d'assistants pour aider les gens lorsqu'ils souhaitent être mis en contact avec des ressources – pour franchir la porte et marcher dans la bonne direction.”

***Autre professionnel/professionnelle de la santé***

La possibilité d'offrir des ressources de proximité dans les environnements familiaux permettrait d'élargir la portée des interventions en matière d'isolement social et de solitude.

“Les personnes âgées isolées socialement se heurtent à des obstacles qui les empêchent parfois de quitter leur domicile. Nous avons besoin de plus de soutien à domicile, à un prix abordable et axé sur les jeux et les loisirs, et pas seulement sur les soins personnels.”

***- Travailleur social/travailleuse sociale***

# Barrières communautaires

Un certain nombre d'obstacles au sein de la communauté peuvent entraver la capacité des prestataires de services sociaux et de santé à prévenir et à atténuer l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Le manque de programmes et de services communautaires informels gratuits (ou à faible coût), facilement accessibles par les transports en commun et adaptés aux capacités et aux intérêts des personnes âgées peut empêcher les prestataires de services sociaux et de santé d'établir des liens significatifs au profit des personnes âgées au sein de la communauté.

## Transport

De nombreuses personnes âgées dépendent partiellement ou exclusivement des transports en commun. Par conséquent, les prestataires sont conscients de la nécessité de veiller à ce qu'elles puissent facilement accéder à ces ressources en empruntant les transports en commun. Par exemple, une prescription sociale pour se rendre à un centre de conditionnement physique communautaire dépend de la capacité de l'individu à souscrire un abonnement (ou à acheter une carte journalière) et à s'acquitter des frais de transport. En voulant éviter d'alourdir davantage le fardeau qui pèse sur les personnes âgées, les prestataires de services sociaux et de santé peuvent hésiter à les mettre en relation avec des programmes qui sont payants ou assez coûteux.

“Ils sont peut-être intéressés, mais ils n'ont peut-être pas les moyens de se déplacer. Par exemple, un coût de 18 \$ pour un aller-retour en transports en commun accessibles pour se rendre à un cours d'exercice d'une heure n'est ni abordable ni justifiable pour eux. ” -*Ergothérapeute*

## Gamme de types de services ou de mesures de soutien disponibles.

Toutes les communautés ne disposent pas de ressources adaptées aux capacités et aux intérêts des personnes âgées. Cela limite les prestataires de services sociaux et de santé dans leur capacité à faire des orientations et des suggestions durables pour répondre à la grande variété d'intérêts, de capacités et de situations des personnes âgées qui vivent ou qui risquent de vivre l'isolement social et la solitude. En particulier, les prestataires sont limités dans leur capacité à établir des liens pour les personnes âgées qui appartiennent à des groupes en quête d'équité (comme les membres des minorités ethniques et linguistiques, les sans-abris, les personnes aux prises avec des troubles mentaux chroniques, des problèmes de mobilité, des troubles cognitifs, les proches aidants)

“Les types de ressources disponibles pour répondre aux besoins particuliers des gens sont peu variés. Toutes les ressources ne conviennent pas à tout le monde. Par conséquent, il y a des limites aux services que l'on peut offrir aux gens. ” -*Ergothérapeute*

En outre, les prestataires peuvent être réticents à suggérer des programmes sociaux et récréatifs communautaires qui ne sont ni gratuits ni peu coûteux. Malheureusement, peu d'options communautaires répondent à ces critères, en particulier dans les zones urbaines.

“ Il manque de ressources dans la communauté, y compris des options gratuites ou peu coûteuses et accessibles, pour les personnes âgées à faible revenu ou à revenu fixe qui sont aux prises avec l'isolement social ou la solitude.”

*-Autre professionnel/professionnelle des services sociaux*

### **Coordination centralisée**

L'absence d'une ressource centralisée de coordination communautaire peut nuire à l'orientation vers les services et mesures de soutien communautaires. Une telle ressource pourrait améliorer la coordination entre les services et mesures de soutien de proximité et aider les prestataires de services sociaux et de santé et les personnes âgées à mieux s'orienter à travers les options disponibles et les critères d'éligibilité aux services et mesures de soutien disponibles dans la collectivité.

Par exemple, un centre d'accueil ou de coordination communautaire pourrait éventuellement collecter et diffuser des informations à jour sur les options communautaires, fournir des services de proximité sur le terrain, assumer la responsabilité de mettre les personnes âgées en relation avec les services et systèmes de soutien communautaires appropriés (et, le cas échéant, les mettre en relation avec les ressources de services sociaux et de santé). Il pourrait aussi répertorier les personnes âgées de la communauté qui sont aux prises avec l'isolement social et la solitude ou qui risquent de l'être, mais qui ne sont pas actuellement en relation avec des prestataires de services sociaux et de santé.

“Bien que je connaisse bien la communauté dans laquelle j'exerce, je n'ai pas connaissance de l'existence d'un quelconque réseau homogène de fourniture de services de soutien social. Il s'agit plutôt d'un réseau disparate et en constante évolution. Le défi consiste à rester en phase avec le système, les programmes disparates et le sous-financement.”

*- Psychiatre*

# Obstacles liés aux systèmes

Les obstacles systémiques sont le résultat d'une architecture gouvernementale plus large (politiques, cadres de responsabilité, enveloppes de financement, normes de pratique) qui définissent et façonnent les systèmes communautaires, de soins de santé et d'aide sociale.

## Les voies d'exploration

Les contraintes auxquelles sont confrontés les prestataires de services sociaux et de santé résultent en grande partie des mécanismes plus larges qui existent entre les systèmes communautaires, de soins de santé et d'aide sociale et en dehors de ces derniers et qui compliquent l'exploration et la définition de voies et moyens efficaces pour lutter contre l'isolement social et la solitude.

“Pour moi, le manque de collaboration entre les groupes communautaires, non lucratifs et gouvernementaux pour offrir le meilleur soutien collectif possible à ces personnes constitue le plus grand défi. À cela s'ajoute le fait que certains d'entre eux sont surchargés, ont des délais de rappel ou des listes d'attente de plusieurs mois ou de plusieurs années” *-Promoteur/promotrice de la santé*

Les critères d'éligibilité de la plupart des organismes de services sociaux et de santé sont liés à des critères médicaux (par opposition à des critères sociaux). Par conséquent, le fait que les systèmes ne reconnaissent généralement pas que l'isolement social et la solitude soient des problèmes médicaux peut représenter un obstacle pour les prestataires qui travaillent dans ces contextes et qui doivent fournir des services directement en lien avec l'isolement social et la solitude. Les prestataires devront peut-être faire preuve de créativité pour traiter de tels problèmes dans le cadre d'autres problèmes médicaux (facturables). Par exemple, un prestataire peut dépister l'isolement social et la solitude dans le cadre d'une évaluation pour dépression. Il peut aussi mettre en relation un patient ou un client isolé avec un programme communautaire de santé mentale afin qu'il puisse bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement à domicile.

“Il n'y a pas de procédures claires pour la prise en charge des patients reconnus comme étant aux prises avec des problèmes d'isolement social et de solitude.”  
*-Médecin*

De plus, de nombreux programmes de santé et de services sociaux ont des critères d'éligibilité très spécifiques et pointus qui peuvent exclure les personnes âgées confrontées à l'isolement social et à la solitude, mais qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité pour obtenir des services ou des systèmes de soutien formels. Par exemple, si un médecin de famille souhaite mettre son patient ou son client en contact avec un programme de jour, mais que la personne ne remplit pas les critères d'âge pour accéder à ce programme, elle ne pourra pas y accéder. De même, une personne qui pourrait tirer parti d'un accompagnement à domicile peut ne pas être admissible à des services à domicile formels (pour raison de déficience médicale ou de déficience fonctionnelle).

“

“ En tant que médecin dans une clinique sans rendez-vous, je vois des patients souffrir d'isolement. Je peux les orienter vers les services de santé mentale, mais ces derniers sont surchargés de patients vivant avec la dépression, qui est une maladie différente. Je ne peux pas faire grand-chose.” **-Médecin**

Les programmes communautaires mandatés et financés pour lutter directement contre l'isolement social et la solitude sont souvent sous-financés ou ont un financement instable. Cela peut signifier que les prestataires travaillant dans des environnements communautaires sont limités dans le nombre de patients ou de clients qu'ils peuvent prendre en charge. Ils peuvent également être limités dans le nombre de nouveaux programmes qu'ils peuvent développer et offrir.

“

“Les approches communautaires, et non institutionnelles, seraient plus efficaces, mais elles n'obtiennent que peu ou pas de ressources pour aider les groupes communautaires à assumer leur engagement.”

**-Autre professionnel/professionnelle de la santé**

Le manque de financement peut également limiter le nombre de bénévoles que les programmes communautaires sont en mesure de former et de soutenir. Dans le secteur des soins de santé, la diminution du nombre de programmes de proximité peut se traduire par de longues listes d'attente, ce qui nuit à la fourniture de services d'intervention et de prévention en temps opportun.

“

“Le manque de financement des postes dans les organismes de santé se traduit par des emplois à temps partiel, plutôt qu'à temps plein. C'est pourquoi il y a peu de temps à consacrer à la gestion des problèmes d'isolement social et de solitude des clients.”

**- Non identifié**



c) Si ce qui précède n'était pas un obstacle, que pensez-vous que vous auriez pu faire différemment dans votre pratique pour aider les personnes âgées aux prises avec l'isolement social et la solitude ou qui risquent de l'être? [Question facultative, en 2-3 phrases

## ***Établissement de relations au profit des personnes âgées***

- › Les orienter de façon chaleureuse
- › Les mettre en contact avec les ressources appropriées à leur sortie de l'hôpital
- › Les mettre en relation avec le système d'orientation central ou de proximité ainsi que les programmes en place
- › Mettre les personnes âgées issues des groupes en quête d'équité (à faible revenu, ayant une déficience cognitive, etc.) en relation avec les programmes communautaires appropriés (sans embuches)
- › Être capable de dépister ou d'évaluer l'isolement social et la solitude et d'offrir des solutions ou des recommandations pratiques en lien avec les programmes ou services de soutien disponibles
- › Fournir des renseignements sur les services et ressources disponibles – et sur la manière de rentrer en contact avec ces derniers
- › Inciter les familles à aller en consultation
- › Mettre les personnes âgées en contact avec les ressources qui les intéressent
- › Orienter les patients vers des programmes communautaires en ligne ou des soins virtuels

## ***Options***

- › Plus de diversité dans les options disponibles
- › Davantage de services en personne dans les zones rurales
- › Mobiliser les gens et les encourager à être actifs dans la communauté
- › Proposer davantage de programmes intergénérationnels

---

## ***Collaboration***

- › Possibilité d'établir des liens avec d'autres professions ou organisations en vue d'une cogestion
- › Travailler avec les partenaires communautaires et établir des liens pour créer un réseau coordonné au niveau de la communauté auquel les personnes âgées peuvent accéder dans différents cadres et situations.
- › Consulter les professionnels appropriés
- › Collaborer avec d'autres professionnels de la santé
- › Faire des propositions mieux éclairées

## **Coordination**

- › Plus d'occasions coordonnées ou soutenues dans la communauté
  - › Système d'orientation centralisé vers un large éventail d'options diverses et coordonnées
  - › Des orientations plus appropriées
  - › Orientation vers un point de service de soins
  - › Orientation vers les ressources appropriées (p. ex., travailleur social, ergothérapeute, ludothérapeute) – soit au sein de la communauté, soit au sein des établissements de services sociaux ou de santé
- 

## **Accès (plus d'une catégorie?)**

- › Plus de services de soutien à domicile
- › Entrer plus rapidement en contact avec les services de soutien
- › Faire des orientations vers des ressources gratuites et facilement accessibles en moyens de transport peu coûteux, accessibles et pratiques pour les sorties sociales (pas seulement les rendez-vous médicaux)\* (\*tout le monde n'a pas droit au transport adapté).
- › Offrir un transport gratuit ou qui permet d'aller chercher les clients à domicile ou encore de les accompagner à des programmes sociaux
- › Recruter davantage de personnes âgées dans les programmes existants
- › Offrir des activités sociales et de thérapie par le jeu en personne au domicile des clients ou des patients
- › Organiser des visites de soutien à domicile en équipe

- › Créer des groupes dont l'accès est gratuit pour les personnes âgées confrontées à des obstacles multiples
  - › Mettre rapidement les personnes âgées en contact avec des services ou des systèmes de soutiens afin de réduire leur isolement social et d'atténuer leur solitude
  - › Planifier des services à domicile
- 

## **Capacités**

- › Renforcer les capacités des personnes âgées
- › S'informer sur les services et ressources disponibles au niveau local (les prestataires des services sociaux et de santé)
- › Aider les personnes âgées à réaliser qu'elles sont isolées socialement et solitaires
- › Travailler à améliorer les compétences des personnes âgées en communication et en socialisation
- › Leur offrir de la formation dans d'autres disciplines
- › Utiliser des lignes directrices pour offrir des services de soutien fondés sur des données probantes

## **Personnalisation**

- › Les aider à établir le premier contact et en assurer le suivi
  - › Suggestions ou orientations pour la participation à des programmes de façon plus personnalisée (au lieu de se fier à une liste générale)
  - › Envisager avec les accompagnateurs\* d'explorer les options communautaires (question de ressources humaines)
  - › Se référer à des groupes ou organisations qui facilitent les mises en contact entre les personnes âgées et les programmes communautaires correspondant à leurs intérêts ou besoins
  - › Aider les personnes âgées à choisir entre plusieurs options
  - › Établir des contacts avec les services de soutien social ou émotionnel (en prenant le soin de s'informer sur les approches ou interventions à utiliser avec des personnes âgées ayant ou non des besoins complexes)
  - › Fournir une évaluation des besoins et de la capacité fonctionnelle
  - › Élaborer un plan conjointement avec l'individu et le mettre en œuvre
  - › Mobiliser les personnes âgées à participer aux discussions sur les questions de motivation
- 

## **Les relations**

- › Prendre le temps de bâtir des relations de confiance
- 

## **Action**

- › Multiplier les interventions
  - › Offrir la possibilité aux gens de sortir régulièrement de leur domicile, de rencontrer d'autres personnes âgées et des membres de l'équipe soignante
  - › Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes axés sur les réponses aux problèmes d'isolement social et de solitude
  - › Fournir une assistance et animer des groupes plus fréquemment
- 

## **Durabilité**

- › Mise en place de programmes à long terme
  - › Fixer des objectifs à long terme et en assurer le suivi
  - › Offrir des programmes stables
  - › Organiser des visites régulières
- 

## **Architecture**

- › Priorité au niveau des systèmes – cela signifierait que la prévention et la gestion de l'isolement social et de la solitude seraient intégrées dans les aspects de conception et de planification communautaires des programmes, ainsi que des services de soutien social et de santé
- › Réunir les clients dans un lieu central (communautaire) pour des activités sociales
- › Mettre en œuvre des programmes communautaires axés sur l'intégration des personnes âgées



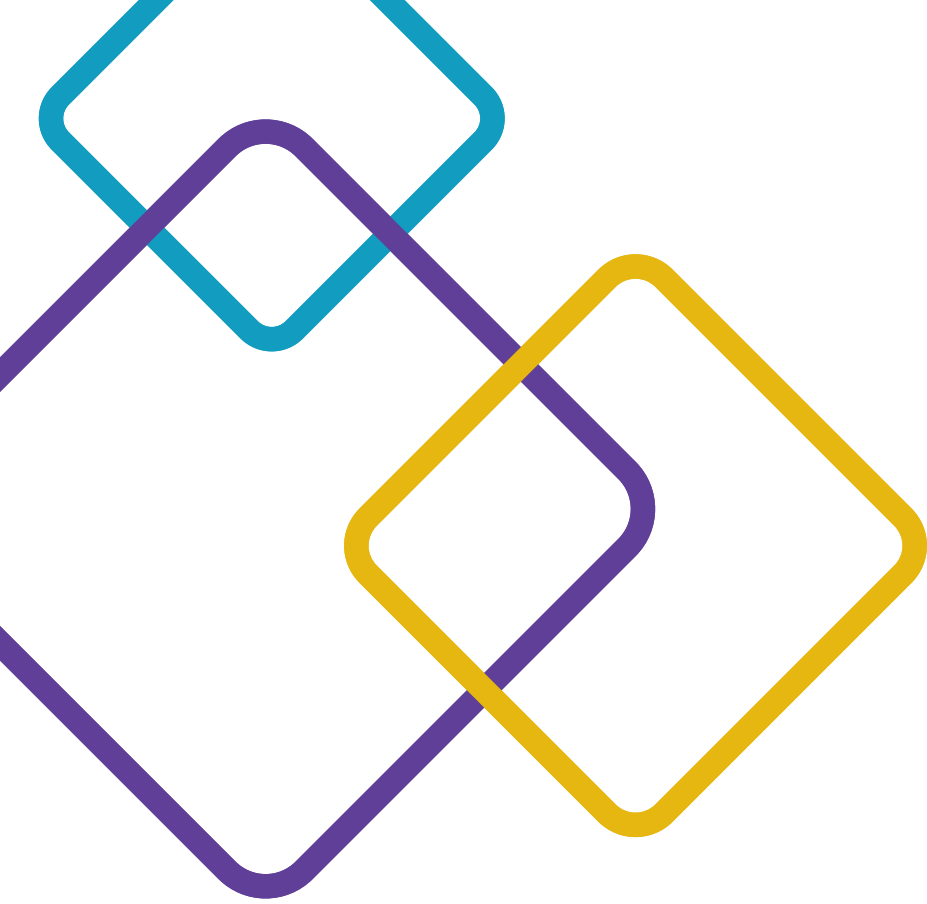
- › Proposer des consultations en étoile (pharmacie, soins multidisciplinaires) dans leurs communautés.
- › Élargir le champ d'action
- › Autoriser les services pour les personnes à risque
- › Utiliser l'isolement social et la solitude comme critères d'éligibilité pour évaluer la possibilité d'offrir de l'aide à domicile afin de réduire les risques
- › Mener des activités de sensibilisation, telles que des programmes à la radio, dans les médias sociaux
- › Élargir la portée - pour toucher un plus grand nombre de personnes âgées

---

### ***Élargir le champ d'action***

- › Autoriser les services pour les personnes à risque
- › Utiliser l'isolement social et la solitude comme critères d'éligibilité pour évaluer la possibilité d'offrir de l'aide à domicile afin de réduire les risques
- › Mener des activités de sensibilisation, telles que des programmes à la radio, dans les médias sociaux
- › Élargir la portée - pour toucher un plus grand nombre de personnes âgées





**CCSMPA**

Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées