

# L'isolement Social et la Solitude Chez les Personnes Âgées :

Sondage Auprès Des  
Personnes Âgées Du Canada

*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 vise à élaborer et à promouvoir des lignes directrices canadiennes à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé afin de les aider à détecter et à traiter l'isolement et la solitude chez les personnes âgées. Dans le cadre de ce travail, la CCSMPA a lancé un sondage pancanadien auprès des personnes âgées au printemps 2023, en complément d'un sondage mené précédemment à l'hiver 2023. L'objectif de ce sondage était de recueillir les avis des personnes âgées sur les sujets de l'isolement social et de la solitude et d'en apprendre sur elles. Le présent document décrit les méthodes utilisées pour élaborer, mener et analyser le sondage, ainsi qu'un résumé des résultats obtenus.

# Méthodes

L'équipe a élaboré un sondage en ligne basé sur des méthodes mixtes et comportant des questions ouvertes et fermées, une combinaison de questions démographiques et de questions d'opinion. La version provisoire du sondage a fait l'objet d'un test pilote auprès d'un groupe de personnes âgées 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 1 800 contacts) et à son réseau de contacts organisationnels 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. Des médias imprimés et numériques, rémunérés ou non, ainsi que des présentations en personne ont également été utilisés à des fins de recrutement et de collecte de données.

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 l'enquête. 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 entre 5 et 7 minutes. Aucune mesure incitative n'a été proposée aux participants pour qu'ils répondent au sondage.

Le sondage comportait 7 questions fermées et 1 question ouverte, réparties sur 4 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. La seule exception concernait la première question du sondage qui exigeait que les participants indiquent s'ils étaient une personne âgée afin de poursuivre avec les questions du 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 16 mai 2023 et le 7 juillet 2023.

Des statistiques sommaires ont été calculées pour les variables démographiques et les données quantitatives. 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. 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 74,2 %, la majorité des questions sans réponse étant les questions démographiques situées à la fin du sondage. Un total de 2 277 personnes ont participé au sondage, incluant 2 086 qui se sont identifiées comme des personnes âgées remplissant les conditions requises pour participer au sondage.

## Caractéristiques des participants

Des informations démographiques détaillées figurent dans le tableau 1. L'échantillon du sondage comprenait des répondants de toutes les provinces et de tous les territoires à l'exception du Nunavut, même si la majorité des participants était originaire de l'Ontario (63 %). Les répondants étaient bien répartis entre les grandes villes (38 %), les villes semi-urbaines (28 %), les petites villes (20 %) et les régions rurales (13 %). La plus grande partie de l'échantillon vivait soit avec un conjoint/une conjointe/partenaire (46 %) soit seul (42 %). Près de la moitié de l'échantillon (48 %) avait entre 70 et 79 ans. En ce qui concerne l'identité de genre et l'identité sexuelle, la plupart des participants s'identifiaient respectivement comme homme/femme et hétérosexuel/personne hétéro. Soixante-dix-huit pour cent des personnes interrogées avaient suivi une formation post-secondaire.

## Résultats du sondage

Les questions du sondage portaient principalement sur la connaissance qu'ont les répondants des effets de l'isolement social et de la solitude, sur les méthodes qu'ils préfèrent utiliser pour lutter contre l'isolement social et la solitude dans leur propre vie et sur leurs interactions avec les prestataires de soins de santé et de services sociaux en ce qui concerne l'isolement social et la solitude.

Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué qu'ils étaient très conscients des effets négatifs de l'isolement social et de la solitude sur leur santé physique et mentale (figure 1). Lorsqu'on leur a demandé de choisir des actions ou des activités qui les aident à se sentir moins isolés socialement et moins seuls, les participants au sondage ont cité les cinq actions/activités suivantes les plus fréquentes : passer du temps avec la famille/les amis; faire de l'exercice ou participer à des cours d'exercices physiques; utiliser la technologie pour se connecter avec les amis et la famille; passer du temps dans la nature; et s'adonner à des passe-temps (figure 2). Il est intéressant de noter qu'environ un répondant sur cinq a indiqué qu'il ne se sentait pas à l'aise pour parler à son prestataire de soins de santé ou de services sociaux de son sentiment d'isolement social ou de solitude (figure 3). Les trois principales raisons de cette gêne sont l'embarras, le sentiment que le prestataire n'a pas assez de temps et le fait de ne pouvoir discuter que d'une seule question par rendez-vous (figure 4). Les répondants ont estimé qu'il serait utile que le prestataire leur fournisse des ressources, qu'il les mette en contact avec des programmes et des systèmes de soutien communautaires et qu'il leur suggère des activités susceptibles de les aider à se sentir moins isolés socialement ou moins seuls (figure 5).

Les résultats ci-dessus provenant des questions fermées sont cohérents avec les résultats de l'analyse thématique de l'unique question ouverte incluse dans le sondage. La question suivante a été posée aux participants : en pensant aux prestataires de services sociaux et/ou de santé, que pourraient-ils faire d'autre pour soutenir leurs patients et clients plus âgés susceptibles de souffrir d'isolement social et de solitude? Les thèmes suivants, classés par ordre de prévalence, ont été identifiés.

## THÈME

<p>La durée de temps</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des durées de temps plus longues lors des rendez-vous avec les personnes âgées afin de traiter plus d'un problème</li> <li>• Poser des questions sur l'isolement social et la solitude lors des rendez-vous réguliers (initier la discussion)</li> <li>• Passer du temps à parler à la personne et aux membres de la famille</li> <li>• Écouter sincèrement les préoccupations exprimées</li> </ul>
<p>Dépistage des cas d'isolement social et de solitude</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher à détecter régulièrement les cas d'isolement social et de solitude dans le cadre des soins classiques</li> <li>• Intégrer l'isolement social et la solitude dans le plan de soins (dépistage, traitement, suivi)</li> </ul>
<p>Contrôles de santé réguliers et fréquents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer des contrôles de santé réguliers (mensuels/hebdomadaires/quotidiens en fonction des besoins)</li> <li>• Les contrôles peuvent prendre la forme d'appels téléphoniques, de sessions Zoom, de visites à domicile...</li> <li>• Vérifier les aspects qui vont au-delà du domaine médical – vérifier la santé mentale et sociale]</li> </ul>
<p>Aide en matière d'orientation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les ressources disponibles localement – au-delà des services de santé formels. Par exemple, les ressources en matière de santé mentale, les programmes et les événements communautaires</li> <li>• Fournir des listes précises et actualisées avec les coordonnées des personnes à contacter et les critères d'admissibilité</li> <li>• Rendre l'information largement disponible par le biais de multiples canaux de communication (par exemple, médecins de famille, divers sites communautaires, médias, journaux, sites Web)</li> </ul>
<p>Travail social de proximité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des services de transport (ou établir des liens avec des services qui en offrent) pour se rendre à des visites médicales, y compris du temps pour échanger, faire des sorties...</li> <li>• Accompagnement pratique aux programmes communautaires/événements sociaux si nécessaire au début (peut être assuré par des professionnels ou des pairs bénévoles)</li> <li>• Aller au-delà de la simple fourniture d'informations sur les ressources offertes dans la communauté</li> </ul>
<p>Prescription sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les modes de vie actifs</li> <li>• Disposer d'options autres que les médicaments pour lutter contre l'isolement social et la solitude</li> <li>• Faciliter activement les liens avec les programmes et les événements communautaires (et pas seulement avec les services de santé et d'aide sociale)</li> <li>• Proposer des options créatives (non stéréotypées qui partent du principe que les personnes âgées sont actives, intelligentes et motivées)</li> <li>• Mettre les gens en contact avec une grande variété d'intérêts physiques, intellectuels et de loisirs (par exemple, films, promenades à pied, sports, possibilités de participer à des recherches, conférences, cours universitaires)</li> <li>• Trouver et offrir des ressources gratuites ou peu coûteuses dans la communauté et plaider en faveur de telles ressources</li> <li>• Orienter formellement les personnes vers des programmes communautaires (au-delà de la simple suggestion de « devenir actif »).</li> </ul>
<p>Soins ou approche centrés sur la personne âgée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir reconnaître les comportements âgistes (langage, suppositions)</li> <li>• Avoir une tolérance zéro à l'égard des comportements âgistes</li> <li>• Dépister et traiter les problèmes de santé mentale (ne pas supposer que la dépression et l'anxiété font naturellement partie du vieillissement)</li> <li>• Défendre une approche centrée sur la personne âgée dans les soins de santé et les services sociaux, mais aussi au sein de la communauté</li> <li>• Ne pas minimiser ou ignorer les préoccupations des personnes âgées (en particulier celles liées à la santé mentale et aux problèmes sociaux)</li> <li>• Ne pas considérer l'isolement et la solitude comme un problème qui n'affecte que les personnes âgées (normaliser)</li> <li>• Offrir des options flexibles pour accéder aux services (par exemple, en personne, par téléphone, sur Zoom, en groupes)</li> </ul>

Transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des services de transport gratuits ou à bas prix pour se rendre à des rendez-vous médicaux, à des événements sociaux et à des programmes communautaires</li> <li>• Plaider en faveur de la fourniture de services de transport accessible au sein de la communauté</li> </ul>
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des rendez-vous et des services par le biais de la technologie Zoom (ne pas supposer que toutes les personnes âgées sont analphabètes en matière de technologie ou qu'elles les évitent)</li> <li>• Fournir des informations sur les ressources communautaires sur les sites Web</li> <li>• Proposer des options non technologiques aux personnes qui ne se sentent pas à l'aise avec la technologie Zoom</li> <li>• Fournir des informations sur les services qui proposent une formation à la littératie numérique ou établir des liens avec ceux-ci</li> </ul>
« Traiter » les problèmes de santé sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller au-delà de la prescription sociale</li> <li>• Proposer (ou établir des liens avec) des groupes de counseling et d'aide à l'adaptation</li> <li>• Faciliter les activités de groupe, les événements sociaux et les sorties qui rassemblent les gens</li> <li>• Communiquer avec la famille (la sensibiliser)</li> <li>• Mettre la famille en contact avec les services de soutien afin qu'elle puisse aider ses proches</li> </ul>
Systèmes de soutien par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des liens avec les systèmes de soutien par les pairs (ou proposer du soutien par les pairs) (par exemple, des initiatives de jumelage)</li> <li>• Les pairs peuvent accompagner les personnes âgées à des programmes communautaires, à des événements sociaux ou les aider avec le transport</li> <li>• Établir une harmonie entre les intérêts, l'expérience et les antécédents</li> <li>• Mettre en œuvre des initiatives qui facilitent les relations « naturelles » entre pairs (par exemple, un registre de personnes souhaitant être mises en lien avec d'autres personnes, des initiatives de visites de voisins de quartier)</li> </ul>
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des liens avec des bénévoles qui peuvent apporter un soutien supplémentaire ou étendre la portée des services existants</li> <li>• Les systèmes de soutien par les bénévoles peuvent être orientés vers les pairs ou être intergénérationnels</li> <li>• Promouvoir le bénévolat en tant que moyen pour les personnes âgées de rester en contact entre elles</li> </ul>
Des programmes sur mesure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter les services de santé formels et les programmes communautaires aux besoins des personnes âgées</li> <li>• Offrir de la diversité (adapter les programmes et les services en fonction de la mobilité, des questions culturelles, du niveau de revenu)</li> <li>• Plaider pour plus de fonds publics pour adapter les services et les programmes aux besoins des divers groupes de personnes âgées</li> </ul>
Accès à une main-d'œuvre diversifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins de famille sont-ils les seuls ou les meilleurs professionnels pour détecter et traiter l'isolement social et la solitude? (ils sont trop peu nombreux ou n'ont pas assez de temps pour les rendez-vous)</li> <li>• Fournir un accès à un large éventail de professionnels (travailleurs sociaux, conseillers en matière de deuil, professionnels de la santé mentale, soutien par les pairs, bénévoles) qui ont plus de temps à consacrer à des services qui s'attaquent directement à l'isolement social et à la solitude</li> </ul>
Approche proactive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les facteurs déclenchants (par exemple, les dépendances, le deuil, les problèmes de santé mentale, la faiblesse des revenus) de l'isolement social et de la solitude et savoir comment les aborder de manière proactive</li> <li>• Mieux comprendre les obstacles qui exacerbent l'isolement social et la solitude (par exemple, les faibles revenus, les problèmes de mobilité, les problèmes de transport) et y répondre activement;</li> <li>• Appliquer une approche fondée sur le parcours de vie (dépister et traiter les problèmes chez les jeunes adultes également)</li> </ul>
Histoires de rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager des histoires de personnes qui se sont « rétablies » – et ce qui a fonctionné pour elles</li> <li>• Partager ces histoires avec d'autres professionnels et avec les personnes âgées et leurs familles</li> </ul>

# Interprétation

Le présent sondage a permis d'entendre et d'apprendre des personnes âgées du Canada ce qu'elles pensent de l'isolement social et de la solitude. Les personnes interrogées provenaient de tout le Canada et étaient âgées de 65 à 90 ans et plus. Les répondants ont déclaré être conscients des effets négatifs de l'isolement social et de la solitude sur leur santé physique et mentale, et certains répondants étaient légèrement plus conscients des répercussions sur la santé mentale que sur la santé physique. En outre, bien que la plupart des personnes interrogées se sentaient à l'aise de parler de leurs préoccupations en matière d'isolement social et de solitude à leur prestataire de soins de santé ou de services sociaux, une proportion considérable d'entre elles se sentaient mal à l'aise de le faire. La raison la plus fréquemment avancée pour expliquer cette gêne était l'embarras. Deux des trois principales actions ou activités proposées pour combattre la solitude comprenaient des moyens d'établir des liens avec la famille et les amis, ce qui souligne l'importance de ces relations pour atténuer l'isolement social et la solitude.

Ce travail a été entrepris dans le cadre d'un projet visant à élaborer des lignes directrices nationales sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé. Il est donc important de noter que sur les 18 propositions qui ont été faites concernant les actions ou les activités qui, selon les répondants, les aideraient à se sentir moins isolés socialement ou moins seuls, l'option de parler à leur médecin de famille ou à leur infirmière praticienne a été classée à la 4<sup>e</sup> position la plus faible. Ceci est cohérent avec d'autres réponses du sondage, où plus de 20 % des répondants ont laissé entendre qu'ils n'étaient pas à l'aise d'approcher leur prestataire de soins de santé ou de services sociaux pour des préoccupations en matière d'isolement social et de solitude et 6,5 % ont dit qu'ils n'avaient pas de prestataire

avec qui parler de leurs préoccupations en matière d'isolement social ou de solitude. Les répondants ont déclaré qu'ils n'étaient pas à l'aise parce qu'ils étaient gênés, qu'ils pensaient que leur prestataire n'avait pas le temps, qu'ils étaient limités à une seule préoccupation par rendez-vous et que selon eux, ce n'était pas le rôle de leur prestataire. Ces données ont permis de dégager des considérations importantes pour la mise en œuvre des lignes directrices. Elles indiquent que les personnes âgées ne sont peut-être pas aussi enthousiastes à l'idée d'aborder leurs problèmes d'isolement social et de solitude avec les prestataires, et que ces derniers doivent être proactifs dans la mise en œuvre des lignes directrices. Ces données soulignent le travail qu'il reste à faire pour recadrer la façon dont les personnes âgées perçoivent les rôles des prestataires de soins de santé et de services sociaux, en particulier en ce qui concerne l'isolement social et la solitude, ainsi que la stigmatisation persistante qui entoure l'isolement social et de la solitude.

Les données du sondage indiquent également que les répondants souhaitent recevoir des ressources, des suggestions d'activités et être mis en relation avec des programmes. Les données qualitatives ont permis d'approfondir ces réponses. Les personnes interrogées veulent plus qu'une simple fourniture passive d'informations. Elles aimeraient être activement mises en contact avec des programmes, des services et des systèmes de soutien. Elles souhaitent recevoir des recommandations plus détaillées et personnalisées, au-delà de simples directives telles que « soyez plus actives ». En outre, les répondants ont souligné la nécessité d'outiller un large éventail de prestataires de services sociaux et de santé pour gérer les problèmes d'isolement social et de solitude. Les répondants ont estimé que cela pourrait résoudre les problèmes de contraintes de temps qu'ils ressentent lorsqu'ils tentent d'aborder les problèmes d'isolement social et de solitude >>

» avec les prestataires de soins primaires. Veiller à ce que les lignes directrices nationales puissent être utilisées par un large éventail de prestataires de services sociaux et de santé constituera une étape importante pour faciliter l'accès des personnes âgées aux soins concernant leurs problèmes d'isolement social et de solitude.

## ***Orientations futures***

Les résultats de cette étude seront utilisés pour soutenir l'élaboration et la promotion de lignes directrices nationales sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé. Un groupe de travail sur les lignes directrices, composé d'experts en la matière, a été convoqué. Ce groupe de travail examinera les données issues d'une revue de la littérature sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Il s'appuiera sur les meilleures données pour rédiger les lignes directrices nationales. Les enseignements tirés du présent sondage auprès des personnes âgées et d'un sondage auprès des prestataires de services sociaux et de santé 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.

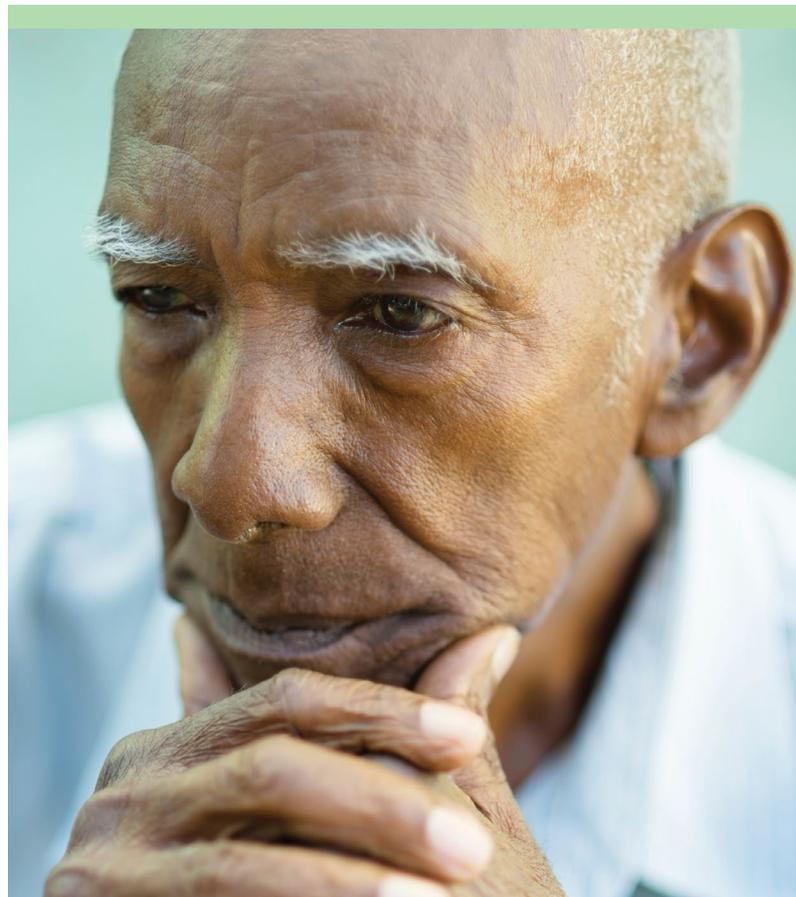
## ***Limites***

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, l'équipe a tenté d'atténuer ce problème en administrant des versions papier du sondage afin d'accroître la représentativité de l'échantillon. D'après l'analyse des informations démographiques disponibles, l'échantillon était peu diversifié en ce qui concerne l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Cela limite la généralisation des résultats à ces populations. En outre, en ce qui concerne la représentation

géographique, l'échantillon était fortement représenté par des répondants de l'Ontario.

## ***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. Le présent sondage a montré que, bien que les personnes âgées soient bien conscientes des effets négatifs de l'isolement social et de la solitude sur leur santé physique et mentale, il existe encore plusieurs obstacles qui les empêchent de s'adresser aux prestataires de soins pour répondre à leurs préoccupations. L'élaboration des lignes directrices peut s'appuyer sur les résultats de ce sondage pour s'assurer que ces dernières abordent les défis et les préoccupations des personnes âgées et fournissent aux prestataires de services sociaux et de santé des orientations conformes aux besoins et aux expériences de leurs patients.



# Tableaux et Figures

*Tableau 1 : Caractéristiques des participants*

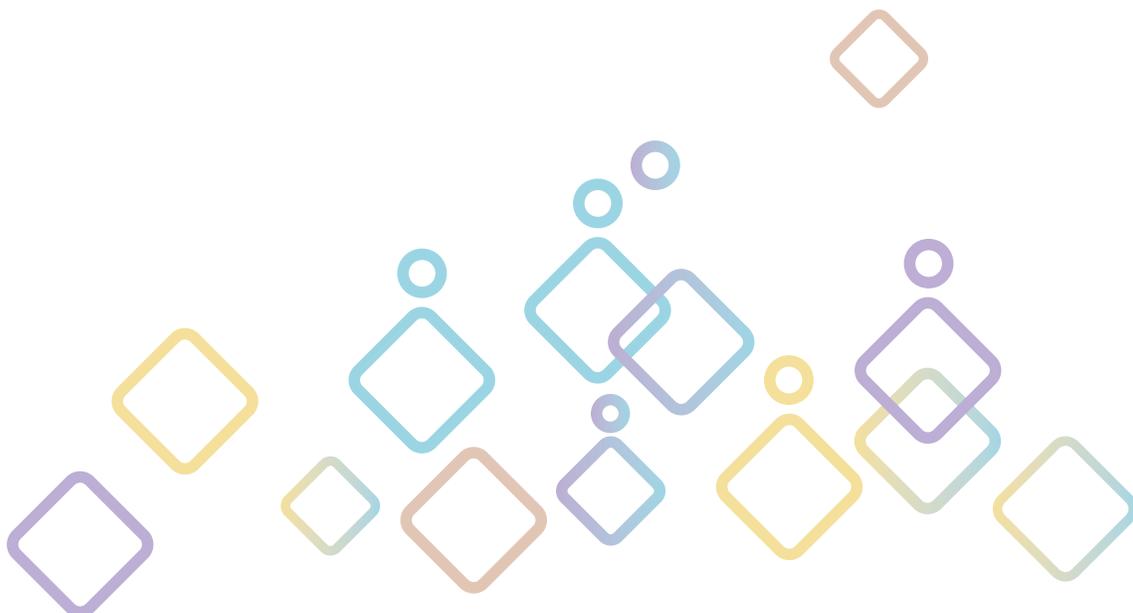
<b>Province de résidence</b>	<b>Nombre de répondants</b>
Ontario	1,162
Québec	216
Manitoba	172
Colombie-Britannique	114
Alberta	75
Nouvelle-Écosse	63
Saskatchewan	17
Nouveau-Brunswick	9
Île-du-Prince-Édouard	6
Terre-Neuve-et-Labrador	5
Yukon	2
Territoires du Nord-Ouest	1
Nunavut	0
<b>Taille de la zone de résidence</b>	
Grandes zones urbaines (plus de 500 000 habitants)	692
Zones semi-urbaines (population de plus de 500 000 habitants)	507
Petites zones urbaines (population comprise entre 100 000 et 499 999 habitants)	362
Zones rurales (population inférieure à 10 000 habitants)	249
Préfère ne pas répondre	25

Tableau continue sur prochaine page.

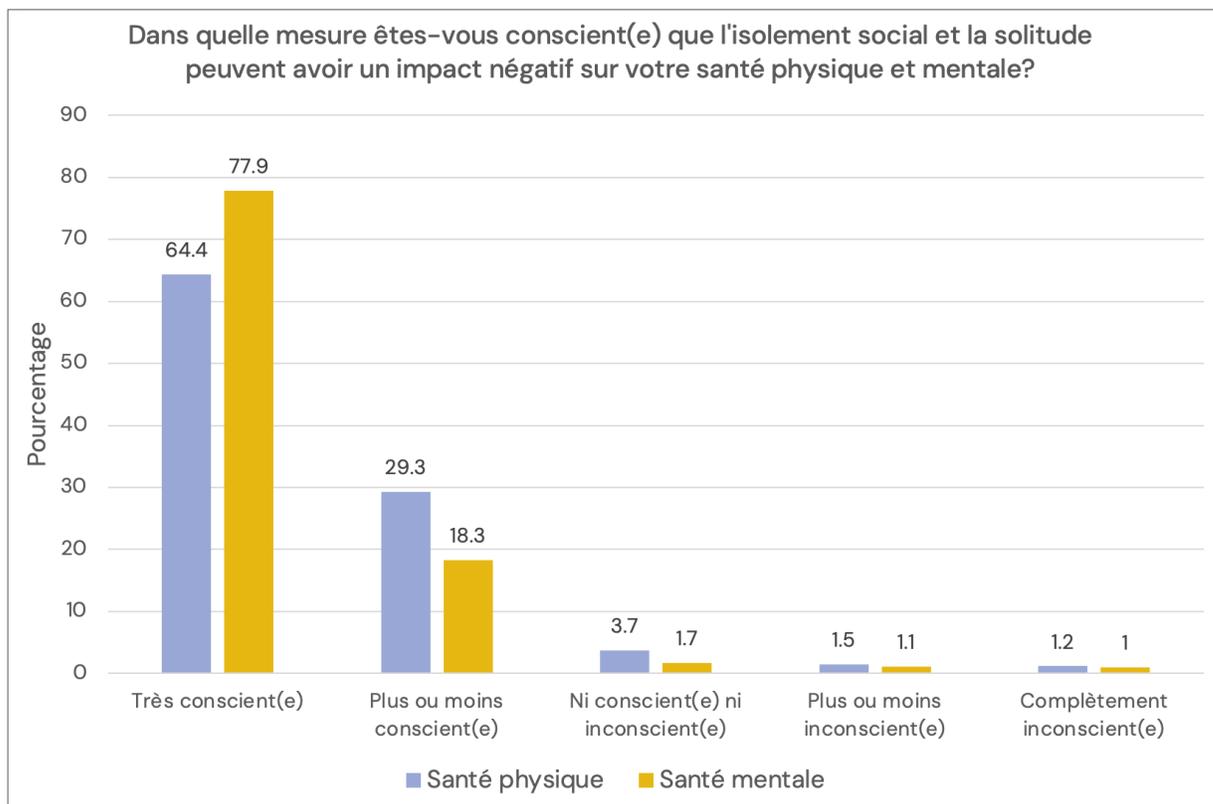
<b>Âge</b>	
65-70	516
71-79	888
80-89	390
90 et plus	45
Préfère ne pas dire	8
<b>Situation de vie actuelle</b>	
Vit avec son conjoint/sa conjointe/partenaire	858
Vit seul/seule	770
Vit avec un membre de la famille (par exemple, frères et sœurs, enfants)	110
Autres	42
Vit avec un ami/une amie ou un ou une colocataire	34
Vit dans un établissement résidentiel d'aide à la vie autonome ou dans un établissement de soins de longue durée	25
Préfère ne pas répondre	9
<b>Identité de genre</b>	
Femme	1 413
Homme	414
Préfère ne pas répondre	22
Autre	11
Questionnement ou incertitude	8
Bispirituel/bispirituelle	8
Non binaire	7
Genre fluide ou altersexuel/altersexuelle	5

Tableau continue sur prochaine page.

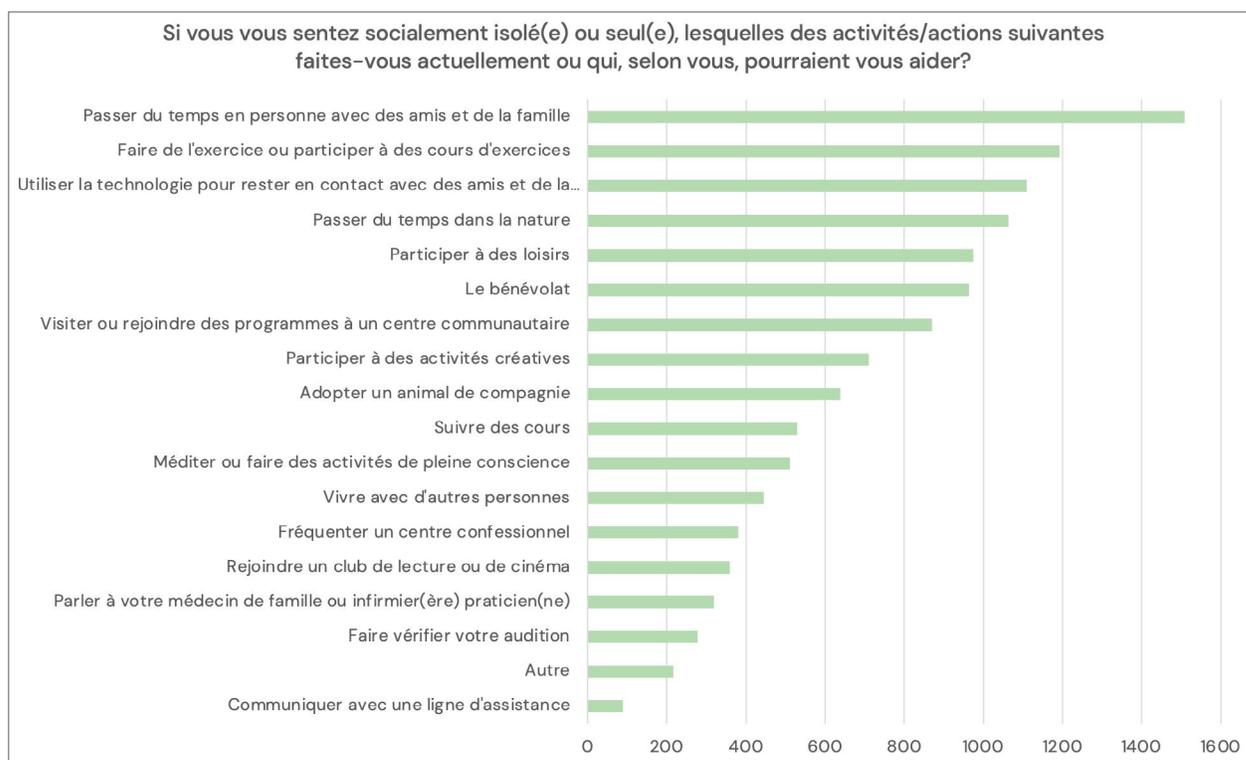
<b>Orientation sexuelle</b>	
Hétérosexuels/hétérosexuelles	1 653
Préfère ne pas répondre	75
Bisexuel/bisexuelle	33
Autre	26
Lesbienne	19
Ne sait pas	17
Homosexuel/homosexuelle	17
<b>Niveau d'études le plus élevé atteint</b>	
Diplôme d'études supérieures	811
Post-secondaire (diplôme collégial, formation professionnelle)	630
Diplôme d'études secondaires	319
Autres	49
Préfère ne pas répondre	23
Pas d'éducation formelle	16



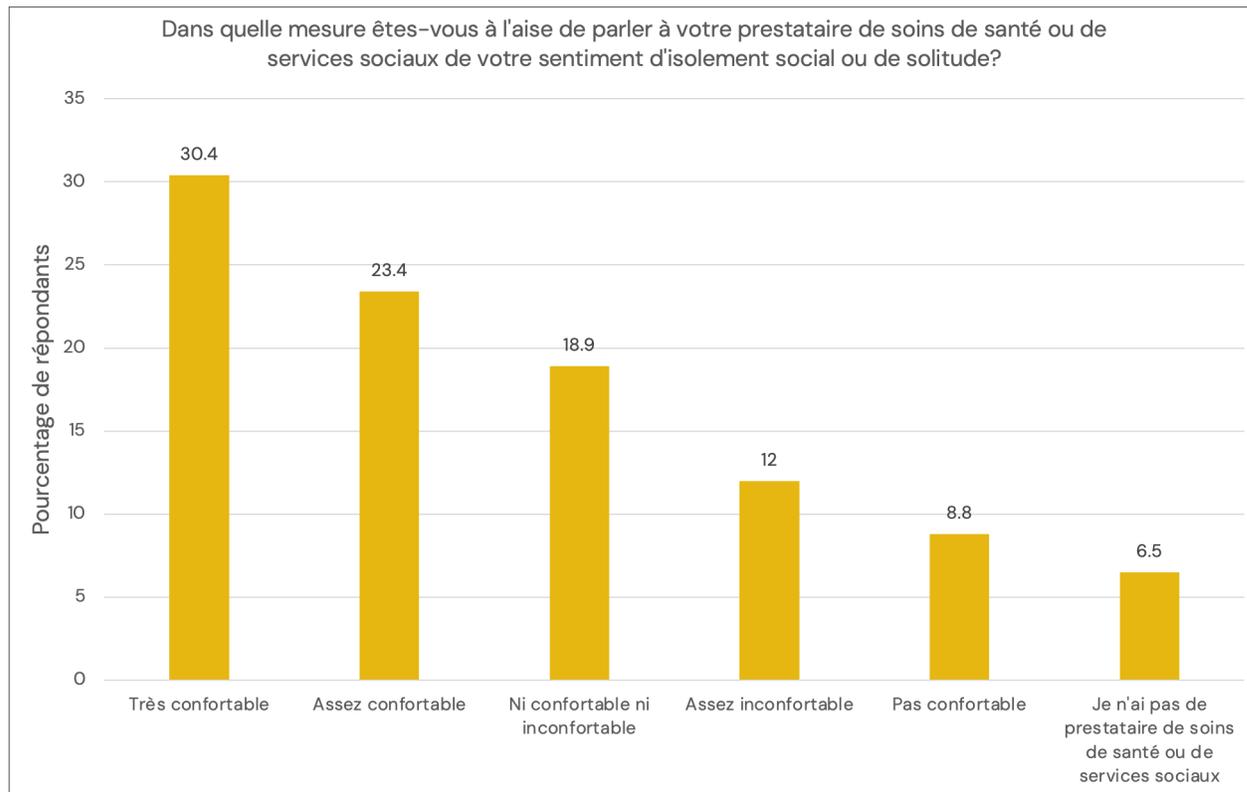
**Figure 1 : Conscience de l'impact de l'isolement social et de la solitude sur la santé physique et mentale**



**Figure 2 : Activités et actions choisies par les participants pour lutter contre l'isolement social ou la solitude**



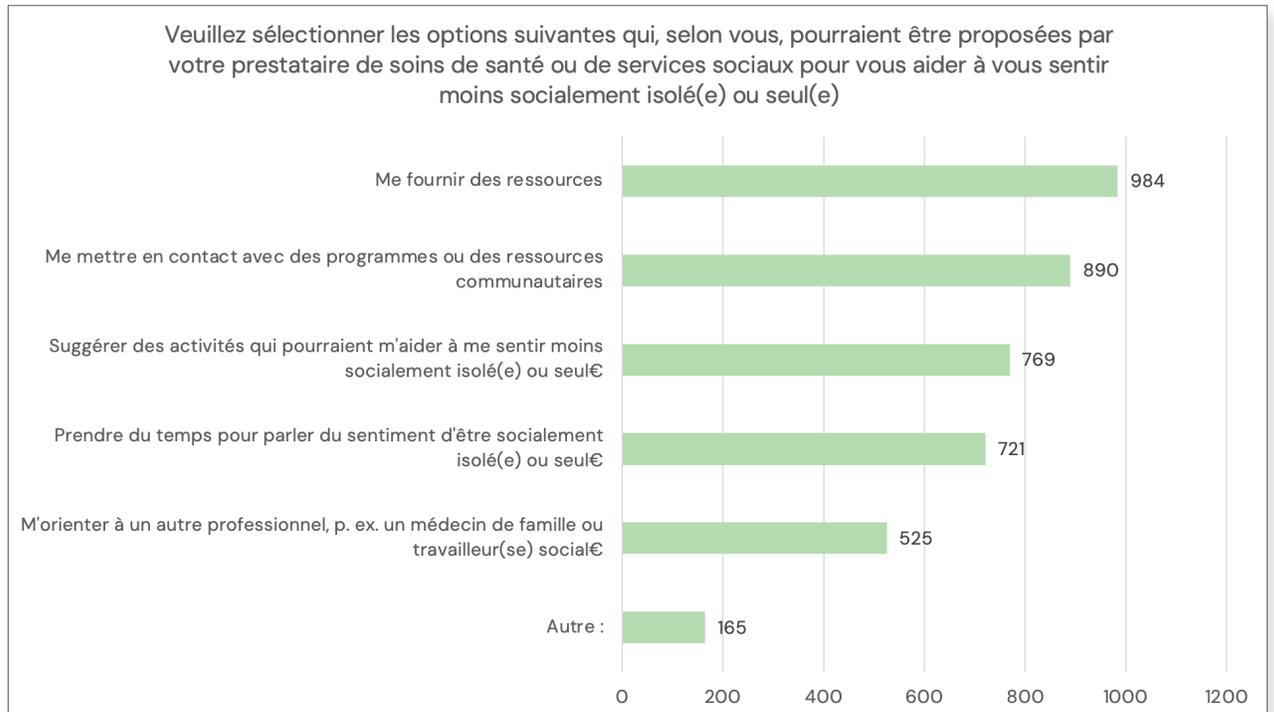
**Figure 3 : Niveau d'aisance à discuter de l'isolement social ou de la solitude avec un prestataire de services sociaux ou de santé**



**Figure 4 : Raisons pour lesquelles les personnes interrogées ne se sentent pas à l'aise pour parler de l'isolement social ou de la solitude avec un prestataire de services sociaux ou de santé**



**Figure 5 : Options pouvant être fournies par un prestataire de services sociaux ou de santé**





**CCSMPA**

Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées